**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA Nº 002/2020**

 **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**Atenção Candidato!**

 Leia o Edital, onde constam todas as informações sobre a Seleção e siga as instruções abaixo para procedimento de sua inscrição.

|  |
| --- |
| **Nº de Inscrição do Candidato (deixar em branco)**   |

**Função: MÉDICO CLÍNICO GERAL**

**Nome do Candidato:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Assinatura do responsável pelo recebimento da inscrição**

 **(Via do Candidato)**

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA Nº 002/2020**

|  |
| --- |
| **Nº de inscrição do candidato (deixar em branco)** **CPF:** **(preenchimento obrigatório)****FUNÇÃO: MÉDICO CLÍNICO GERAL** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Candidato** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Nasc.** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Documento de** **Identidade N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Órfão Expedidor: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escolaridade/Instrução do Candidato:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço Completo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº** |  |  |  |  | **Complemento** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Município** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CEP** |  |  |  |  |  |  |  |  | **UF** |  |  | **Tel. Fixo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tel. Celular** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **E-mail:** |  |

**Declaro, sob pena de exclusão do presente Processo Seletivo, que reúno os requisitos legais para a investidura na função, e que apresentarei a documentação a que se refere o Edital de Inscrições, quando da contratação.**

**DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_. Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Via da Prefeitura)**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA Nº 002/2020**

 **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**Atenção Candidato!**

 Leia o Edital, onde constam todas as informações sobre a Seleção e siga as instruções abaixo para procedimento de sua inscrição.

|  |
| --- |
| **Nº de Inscrição do Candidato (deixar em branco)**   |

**Função: CIRURGIÃO-DENTISTA**

**Nome do Candidato:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Assinatura do responsável pelo recebimento da inscrição**

 **(Via do Candidato)**

- -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA Nº 002/2020**

|  |
| --- |
| **Nº de inscrição do candidato (deixar em branco)** **CPF:** **(preenchimento obrigatório)****FUNÇÃO: CIRURGIÃO-DENTISTA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Candidato** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data Nasc.** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Documento de** **Identidade N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Órfão Expedidor: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escolaridade/Instrução do Candidato:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço Completo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nº** |  |  |  |  | **Complemento** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Município** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CEP** |  |  |  |  |  |  |  |  | **UF** |  |  | **Tel. Fixo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tel. Celular** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **E-mail:** |  |

**Declaro, sob pena de exclusão do presente Processo Seletivo, que reúno os requisitos legais para a investidura na função, e que apresentarei a documentação a que se refere o Edital de Inscrições, quando da contratação.**

**DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_. Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Via da Prefeitura)**