# ANEXO III FICHA DE INSCRIÇÃO

## (Preenchimento em letra de forma)

CARGO:

Nome Completo: Nº do Registro Geral: Órgão expedidor: Data de expedição: CPF: Data

de Nascimento: Sexo: Naturalidade: EstadoCivil: Nº de dependentes

Filiação: Endereço:

Número: Bairro:

 Cidade:

Estado: CEP: Tel. Fixo: Tel. Celular:

E-mail: Pessoa com deficiência (Indicar no espaço ocódigo correspondente da classificação internacional de doenças: ( ) NÃO ( ) SIM – CID:

 . Observações Complementares:

Declaro ter lido e concordar, sem reservas, com as regras contidas no EDITAL PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA EXERCER SUAS ATRIBUIÇÕES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE ORÓS - CE.

 / /

Assinatura

do Candidato(a)