



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: _____

Estado Civil: _____ Nº de dependentes _____

Filiação: _____ e _____

Endereço: _____ Número: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. Fixo: _____ Tel. Celular: _____

E-mail: _____

Pessoa com deficiência (Indicar no espaço o código correspondente da classificação internacional de doenças: () NÃO () SIM – CID: _____.

Observações Complementares:

Declaro ter lido e concordar, sem reservas, com as regras contidas no EDITAL DE CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ORÓS – CE.

_____/_____/_____

Assinatura
do Candidato(a)

