

ANEXO II

Prefeitura Municipal de Itaqui  Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N° 09/2021 SECRETARIA DA SAÚDE
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – ANEXO II	

DADOS PESSOAIS

NOME									
LOGRADOURO (Rua, Avenida, etc.)									
NÚMERO			COMPLEMENTO				CEP		
BAIRRO			CIDADE				UF		
NOME DA MÃE									
DOCUMENTO DE IDENTIDADE				ÓRGÃO EMISSOR		ESTADO		DATA DE NASCIMENTO	
NACIONALIDADE				CIDADE DO NASCIMENTO				ESTADO	
CPF				SEXO		TELEFONE PARA CONTATO			
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

DADOS DO PROCESSO SELETIVO

CARGO/EMPREGO PLEITEADO	
Médico especialista Pneumologista ()	Médico especialista Infectologista ()
O candidato vem requerer a Prefeitura Municipal de Itaqui sua inscrição no Processo Seletivo Simplificado para a função acima especificada, declarando, ao assinar este formulário de inscrição, sob as penas da Lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, atestando a veracidade dos documentos entregues e estando ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas no Edital N° 01 do PSS N° 09/2021 . Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.	
Itaqui/RS, ____/____/2021.	
_____ Assinatura do Candidato	_____ Assinatura do Servidor da PMI

Prefeitura Municipal de Itaqui  Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N° 09/2021 SECRETARIA DA SAÚDE
NOME:	
CARGO:	
DATA:	_____ Assinatura do Servidor da PMI