



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARASSU

ANEXO IV

| FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO | | | |
|-------------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Nome do Candidato | | | |
| Endereço (rua e nº) | | | |
| Bairro: | Cidade/UF: | CEP: | |
| E-mail: | | Fone: | |
| RG: | Órgão Emissor: | Data de Emissão: | |
| CPF: | Naturalidade: | Nacionalidade: | |
| PIS/PASEP: | Função Pretendida: | | |
| Sexo | M () F () | Estado Civil: | Data Nascimento: |
| Nome do Pai: | | | |
| Nome do Mãe: | | | |

| | | |
|--|--------------|--------------------|
| PESSOA COM DEFICIÊNCIA: | () SIM | () NÃO |
| Em caso positivo marcar uma das opções abaixo: | | |
| () VISUAL | () AUDITIVA | () FÍSICO/ MOTORA |

| | |
|---|--|
| () Declaro concordar e estar cientes das condições da seleção estabelecidas no Edital e que são verdadeiras as informações declaradas no ato de inscrição. | |
| Local e data: | |
| Assinatura do Candidato: | |