

## ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO

### ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA OS CARGOS DOS PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE

|  |  |   |  |                     |
|--|--|---|--|---------------------|
| <b>INSCRIÇÃO PARA:</b>   |  | <b>Auxiliar Saúde Bucal UMMJS ( )</b><br><b>Técnico em Enfermagem UMMJS ( )</b><br><b>Enfermeiro UMMJS ( )</b><br><b>Dentista UMMJS ( )</b><br><b>Nutricionista UMMJS ( )</b><br><b>Psicólogo UMMJS ( )</b><br><b>Biomédico UMMJS ( )</b> |  | <b>FOTO<br/>3X4</b> |
| <b>Auxiliar Saúde Bucal - PSF ( )</b><br><b>Técnico em Enfermagem - PSF ( )</b><br><b>Enfermeiro - PSF ( )</b><br><b>Cirurgião Dentista - PSF ( )</b><br><b>Educador Físico – Academia Saúde ( )</b><br><b>Fisioterapeuta – Centro Fisioterapia ( )</b>  |  | <b>Fisioterapeuta - Equipe E-Mult ( )</b><br><b>Assistente Social - Equipe E-Mult ( )</b><br><b>Nutricionista Equipe - E-Mult ( )</b>   |  |                     |
| <b>Nome do Candidato:</b><br><b>Sexo: M ( ) F ( )</b> <b>Estado Civil:</b> <b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____<br><b>Naturalidade:</b> <b>Nacionalidade:</b><br><b>RG:</b> <b>Órgão Emissor:</b> <b>Data de Emissão:</b> ____/____/____<br><b>CPF:</b> <b>Título de Eleitor:</b> <b>Zona:</b><br><b>Cart. Profissional Nº.:</b> <b>Série:</b> <b>UF:</b> <b>Data de Emissão:</b> ____/____/____<br><b>Cart. Reservista Nº.:</b><br><b>Endereço:</b> <b>Nº.:</b><br><b>Complemento:</b> <b>Bairro:</b> <b>Cidade:</b><br><b>UF:</b> <b>CEP:</b> <b>Telefones:</b> <b>E-mail:</b><br><b>Nome do Pai:</b> |  |   |  |                     |

**CNPJ: 10.348.050.0001-18**

Endereço: Rua Luiz Carolino de Siqueira, nº. 184, Centro - Solidão-PE - CEP: 56.795-000

e-mail: prefeituradesolidao@hotmail.com

Contatos: (87) 3830-1115 / 3830-1117 / 3830-1140

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Nome da mãe:</b>                              |                          |
| <b>Formação/Graduação(Curso):</b>                | <b>Pós-Graduação:</b>    |
| <b>Outro Vínculo empregatício:</b>               | <b>Local:</b>            |
| <b>Sim ( )</b> <b>Não ( )</b>                    | <b>Horário:</b>          |
| <b>Função:</b>                                   | <b>Tempo de Serviço:</b> |
| <b>Deficiente:</b> <b>( ) SIM</b> <b>( ) NÃO</b> |                          |
| <b>Tipo de deficiência:</b>                      |                          |

**Assinatura do Candidato (a)**