

ANEXO II

<p>Prefeitura Municipal de Itaquí</p>  <p>Secretaria Municipal de Administração</p>	<p>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</p> <p>Nº 09/2023</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE</p>
<p>FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – ANEXO II</p>	

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														
										M F					()														

DADOS DO PROCESSO SELETIVO

CARGO/EMPREGO PLEITEADO	
() MÉDICO CLÍNICO GERAL – 15 HORAS	() MÉDICO PEDIATRA
() MÉDICO CLÍNICO GERAL – 30 HORAS	() MÉDICO PSIQUIATRA
() MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	() MÉDICO TRAUMATOLOGISTA

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° 09/2023**. Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.

Itaqui/RS, ____/____/2023.

_____ Assinatura do Candidato	_____ Assinatura do Servidor da PMI
----------------------------------	--

<p>Prefeitura Municipal de Itaquí</p>  <p>Secretaria Municipal de Administração</p>	<p>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</p> <p>Nº 09/2023</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE</p>
<p>NOME:</p>	
<p>CARGO:</p>	
<p>DATA:</p>	
<p>Assinatura do Servidor da PMI</p>	