ANEXO II

Prefeitura Municipal de Itaqui Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N° 02/2024 SECRETARIA MUNICIPAL 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 M F | TELEFONE PARA CONTATO ( )

DADOS DO PROCESSO SELETIVO

CARGO/EMPREGO PLEITEADO	
( ) MÉDICO CLÍNICO GERAL – 15 HORAS	**( ) MÉDICO CLINICO GERAL (Para atendimento pediátrico)– 15 HORAS**
( ) MÉDICO CLÍNICO GERAL – 30 HORAS	**( ) MÉDICO CLINICO GERAL (Para atendimento pediátrico – 30 HORAS**
( ) MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	**( )MÉDICO PSIQUIATRA**
( ) MÉDICO PEDIATRA – 12 HORAS	**( ) MÉDICO TRAUMATOLOGISTA**
( ) MÉDICO PEDIATRA – 24 HORAS	

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 Nº 02/2024**. Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.

Itaqui/RS, _____/_____/2024.

_____ Assinatura do Candidato

_____ Assinatura do Servidor da PMI

Prefeitura Municipal de Itaqui Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N° 10/2023 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

NOME:

CARGO:

DATA:

_____ Assinatura do Servidor da PMI