


ANEXO II


Prefeitura Municipal de Itaquí  Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 07/2024 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	TELEFONE PARA CONTATO	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

DADOS DO PROCESSO SELETIVO

CARGO/EMPREGO PLEITEADO	
() MOTORISTA () AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	
<p>O candidato vem requerer a Prefeitura Municipal de Itaquí 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 º 01 do PSS Nº 07/2024. Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.</p> <p style="text-align: right;">Itaquí/RS, ____/____/2024.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do Candidato </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do Servidor da PMI </div> </div>	

Prefeitura Municipal de Itaquí  Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 07/2024 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NOME:	
CARGO:	
DATA:	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do Servidor da PMI