

ANEXO II

Prefeitura Municipal de Itaqui  Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 07/2024 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – ANEXO II	

DADOS PESSOAIS

NOME											
[Grid for Name]											
LOGRADOURO (Rua, Avenida, etc.)											
[Grid for Address]											
NÚMERO			COMPLEMENTO						CEP		
[Grid]			[Grid]						[Grid]		
BAIRRO				CIDADE					UF		
[Grid]				[Grid]					[Grid]		
NOME DA MÃE											
[Grid]											
DOCUMENTO DE IDENTIDADE				ÓRGÃO EMISSOR		ESTADO		DATA DE NASCIMENTO			
[Grid]				[Grid]		[Grid]		[Grid]			
NACIONALIDADE				CIDADE DO NASCIMENTO					ESTADO		
[Grid]				[Grid]					[Grid]		
CPF				SEXO		TELEFONE PARA CONTATO					
[Grid]				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		[Grid]					

DADOS DO PROCESSO SELETIVO

CARGO/EMPREGO PLEITEADO	
<input type="checkbox"/> MOTORISTA	
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	
<p>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° 07/2024. Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.</p>	
Itaqui/RS, ____/____/2024.	
_____ Assinatura do Candidato	_____ Assinatura do Servidor da PMI

Prefeitura Municipal de Itaqui  Secretaria Municipal de Administração	PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 07/2024 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NOME:	
CARGO:	
DATA:	
_____ Assinatura do Servidor da PMI	