


<b>Prefeitura Municipal de Itaquí</b>  <b>Secretaria Municipal de Administração</b>	<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b> <b>EDITAL N° 06/2017</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>
<b>FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO- ANEXO I - RETIFICAÇÃO</b>	

### DADOS PESSOAIS

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

### DADOS DO PROCESSO SELETIVO


CARGO/EMPREGO PLEITEADO:	
<input type="checkbox"/> Acompanhante Terapêutico	<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – CAPS
<input type="checkbox"/> Arteterapeuta	<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – ESF 20h
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Médico Gineco/Obstetra
<input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal	<input type="checkbox"/> Médico Pediatra
<input type="checkbox"/> Cozinheira	<input type="checkbox"/> Médico Traumatologista
<input type="checkbox"/> Educador Físico	<input type="checkbox"/> Nutricionista 20 h
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Nutricionista 40 h
<input type="checkbox"/> Enfermeiro – ESF	<input type="checkbox"/> Oficineiro
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem
<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 20h	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 40h	

O abaixo assinado 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° 06/2017**. Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.

Itaquí/RS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor da PMI

<b>Prefeitura Municipal de Itaquí</b>  <b>Secretaria Municipal de Administração</b>	<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b> <b>EDITAL N° 06/2017</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>			
<b>NOME:</b>				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>CARGO:</b>   <input type="checkbox"/> Acompanhante Terapêutico  <input type="checkbox"/> Arteterapeuta  <input type="checkbox"/> Assistente Social  <input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal  <input type="checkbox"/> Cozinheira  <input type="checkbox"/> Educador Físico  <input type="checkbox"/> Enfermeiro  <input type="checkbox"/> Enfermeiro – ESF         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta  <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo  <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 20h  <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 40h  <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – CAPS  <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – ESF 20h  <input type="checkbox"/> Médico Gineco/Obstetra  <input type="checkbox"/> Médico Pediatra         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Médico Traumatologista  <input type="checkbox"/> Nutricionista 20 H  <input type="checkbox"/> Nutricionista 40 H  <input type="checkbox"/> Oficineiro  <input type="checkbox"/> Psicólogo  <input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem  <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional         </td> </tr> </table>		<b>CARGO:</b> <input type="checkbox"/> Acompanhante Terapêutico <input type="checkbox"/> Arteterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Cozinheira <input type="checkbox"/> Educador Físico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro – ESF	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 20h <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 40h <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – CAPS <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – ESF 20h <input type="checkbox"/> Médico Gineco/Obstetra <input type="checkbox"/> Médico Pediatra	<input type="checkbox"/> Médico Traumatologista <input type="checkbox"/> Nutricionista 20 H <input type="checkbox"/> Nutricionista 40 H <input type="checkbox"/> Oficineiro <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<b>CARGO:</b> <input type="checkbox"/> Acompanhante Terapêutico <input type="checkbox"/> Arteterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Cozinheira <input type="checkbox"/> Educador Físico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro – ESF	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 20h <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral 40h <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – CAPS <input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral – ESF 20h <input type="checkbox"/> Médico Gineco/Obstetra <input type="checkbox"/> Médico Pediatra	<input type="checkbox"/> Médico Traumatologista <input type="checkbox"/> Nutricionista 20 H <input type="checkbox"/> Nutricionista 40 H <input type="checkbox"/> Oficineiro <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional		
<b>DATA:</b>				
_____ Assinatura do Servidor da PMI				