

## ANEXO II


Prefeitura Municipal de Itaquí  Secretaria Municipal de Administração	<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b> <b>Nº 02/2021</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>
<b>FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – ANEXO II</b>	

### DADOS PESSOAIS

<b>NOME</b>									
<b>LOGRADOURO (Rua, Avenida, etc.)</b>									
<b>NÚMERO</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>				

### DADOS DO PROCESSO SELETIVO

CARGO/EMPREGO PLEITEADO	
Médico Clínico Geral 40h (    )  Médico Clínico Geral 20h (    )	Médico Gineco/Obstetra 20h (    )
<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 <b>ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas no Edital N º 01 do PSS Nº 02/2021</b>. 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, ____/____/2021.</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	<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b> <b>Nº 02/2021</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>
<b>NOME:</b>	
<b>CARGO:</b>	
<b>DATA:</b>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Assinatura do Servidor da PMI