

## ANEXO II

Prefeitura Municipal de Itaqui  Secretaria Municipal de Administração	<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b> N° 02/2021 <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>	
-	M    F	(    )	

### DADOS DO PROCESSO SELETIVO

<b>CARGO/EMPREGO PLEITEADO</b>	
Médico Clínico Geral 40h (    ) Médico Clínico Geral 20h (    )	Médico Gineco/Obstetra 20h (    )
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 <b>ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas no Edital N° 01 do PSS N° 02/2021</b> . Declara que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função.	
Itaqui/RS, ____/____/2021.	
_____ Assinatura do Candidato	_____ Assinatura do Servidor da PMI

Prefeitura Municipal de Itaqui  Secretaria Municipal de Administração	<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b> N° 02/2021 <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>
<b>NOME:</b>	
<b>CARGO:</b>	
<b>DATA:</b>	_____ Assinatura do Servidor da PMI