**PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL**

 **ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Requerimento de Inscrição**

Exmo (a). Srª Secretaria de Saúde do Município de Chapadão do Sul.

DADOS PESSOAIS

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Data de Nasc.: | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |
| RG/Órgão Expedidor: |
| CPF: | PIS/PASEP: |

ENDEREÇO

|  |  |
| --- | --- |
| Rua/Avenida | Nº: |
| Bairro:  | Cidade/UF: |
| Telefone Residencial: | Telefone Celular: |
| E-mail:  |

SITUAÇÃO FUNCIONAL

|  |
| --- |
| ( ) Contrato anteriormente  |
| ( ) Sem contrato anteriormente |

FORMAÇÃO

|  |
| --- |
| Formação Nível Superior ( ) Nível Técnico ( )  |

Venho pelo meio presente requere a V.Sª minha inscrição do Processo Seletivo Simplificado, manifesto minha candidatura a seguinte vaga:

CARGO PERTINENTE (marque apenas uma alternativa):

|  |  |
| --- | --- |
|  ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde – Assistente Social** |
|  ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde – Enfermeiro (a)** |
|  ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde – Fisioterapeuta** |
|  ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde – Nutricionista** |
|  ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde - Odontólogo** |
|  ( ) | **Técnico de Serviços de Saúde II – Técnico em Enfermagem** |
|  ( ) | **Técnico de Serviços de Saúde II – Técnico em Radiologia** |
|  ( ) | **Técnico de Serviços de Saúde II – Técnico em Imobilização Ortopédica** |

Declaro que tenho inteiro conhecimento do **EDITAL Nº 001/2017 -** Abertura de Processo Seletivo Simplificado e que estou ciente de que o não atendimento das exigências necessárias à participação implicará no cancelamento da presente inscrição.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Candidato

Rua Dezoito, 876, Centro – (67) 3562-6600 Email: saude@chapadaodosul.ms.gov.br