**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 Médio ( ) Nível Fundamental ( ) Alfabetizado ( )  |

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):

|  |  |
| --- | --- |
|  ( ) | **Assistente de Serviços de Saúde II – Auxiliar de Consultório Dentário** |
|  ( ) | **Assistente de Serviços de Saúde II – Auxiliar de Farmácia** |
|  ( ) | **Assistente de Serviços Organizacionais II – Recepcionista** |
|  ( ) | **Agente de Serviços de Especializados II – Motorista de Ambulância** |
|  ( ) | **Auxiliar de Serviços Operacionais II – Auxiliar de Serviços Operacionais II** |
|  ( ) | **Auxiliar de Serviços Operacionais II - Cozinheiro** |
|  ( ) | **Auxiliar de Serviços Operacionais I – Limpeza** |

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