** PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL**

 **ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 **Requerimento de Inscrição**

Exmo. Sr. Secretário 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

|  |
| --- |
| Nível Superior ( ) Nível Técnico ( ) 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):

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde – Enfermeiro (a)** |
| ( ) | **Profissional de Serviços de Saúde – Terapeuta Ocupacional** |
| ( ) | **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** |
| ( ) | **Assistente de Serviços Organizacionais II - Recepcionista** |
| ( ) | **Assistente de Serviços de Saúde II – Auxiliar de Consultório Dentário** |
| ( ) | **Assistente de Serviços de Saúde II - Auxiliar de Farmácia** |
| ( ) | **Agente de Serviços Especializados II - Motorista de Ambulância II** |
| ( ) | **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 002/2018 -** Abertura de Processo Seletivo Simplificado nº 001/2018 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