**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**Requerimento de Inscrição**

Exma. Sra. Secretária Municipal, 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 ( ) Nível Médio ( ) |

Venho pelo meio presente requerer 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 – Agente Comunitário de Saúde** |

Declaro que tenho inteiro conhecimento do **EDITAL Nº 001/2019 – Processo Seletivo 002/2019 -** 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, nº 876, Centro – (67) 3562-6600 Email: [saude@chapadaodosul.ms.gov.br](mailto:saude@chapadaodosul.ms.gov.br)