

FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS CADASTRAIS

NOME: (NÃO ABREVIAR)

Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE – RG:

Nº CADASTRO PESSOA FÍSICA – CPF:

DATA NASCIMENTO:(DD/MM/AAAA)

NATURAL DE:(EX.: ALCINÓPOLIS/MS)

MASC. FEM.

ESTADO CIVIL

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:

(SE POSSUIR – OBRIGATÓRIO ANEXAR COMPROVANTE)

ESCOLARIDADE: (SUPERIOR, MÉDIO, FUNDAMENTAL, ALFABETIZADO)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

RUA/AV., APTO/BLOCO, ETC.:(ATENÇÃO: NÃO ESQUEÇA DO NÚMERO DA SUA CASA)

NÚMERO

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

C.E.P.:

TELEFONE P/ CONTATO:

OPÇÃO DE CARGO

INSCRIÇÃO PARA O CARGO DE:

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E QUE PRODUZA OS EFEITOS LEGAIS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E QUE CONHEÇO E ACEITO COMO VÁLIDAS AS DISPOSIÇÕES DO EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 004/2023 DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCINÓPOLIS/MS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

POR SER VERDADE FIRMO A PRESENTE.

ALCINÓPOLIS/MS, _____ DE _____ DE 2023.

ASSINATURA DO CANDIDATO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCINÓPOLIS/MS COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO – 2023

NOME DO CANDIDATO:(SE NECESSÁRIO, ABREVE SOMENTE OS NOMES INTERMEDIÁRIOS)

CARGO:

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO

ALCINÓPOLIS/MS _____ DE _____ DE 2023.