



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DE SANTANA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

FICHA DE INSCRIÇÃO

Processo Seletivo Simplificado

EDITAL Nº 001/2018

() **Cargo:** _____

Inscrição nº _____ (preenchido pela Comissão)

Nome do(a) Candidato(a) _____

Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Município _____

Telefone: _____ Celular: _____ Outro: _____

E-mail: _____

Carteira de Identidade nº _____ Órgão Expedidor: _____

CPF nº _____

Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____

Registro no Conselho Regional da formação acadêmica (para Coordenador do Programa ACESSUAS

Trabalho e Psicólogo): _____ Capela de Santana, ____/____/____.

Assinatura do(a) candidato (a) Assinatura do (a) Responsável pela inscrição

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPELA DE SANTANA
Av. Cel. Orestes Lucas, 2335 - Capela de Santana/RS - CEP: 95745-000 - Fone: (51) 3698-1155