**PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL**

**ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROCESSO SELETIVO 002/2020**

**ANEXO III – RÓTULO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENVELOPE LACRADO (COLAR ESTA PARTE NO ENVELOPE)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do candidato | Telefone (com DDD) |
| Endereço | |
| Cidade/Estado | |
| Cargo | |

Chapadão do Sul/MS, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

.............................................................................................................................................

**PROCOCOLO DE ENTREGA DE ENVELOPE LACRADO**

**(ATENÇÃO: NÃO COLAR ESTA PARTE NO ENVELOPE, DEIXAR SOLTA PARA SER DESTACA PELO PROFISSIONAL QUE RECEBERÁ O ENVELOPE)**

|  |
| --- |
| Nome do candidato |
| Cargo |
| Data da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2020 |
| Assinatura do Profissional que recebeu: |

**ATENÇÃO:**

1. Este rótulo deve ser colado no envelope lacrado que contém a Ficha de Inscrição e a cópia dos documentos pessoais e de comprovação de títulos.
2. Será de responsabilidade do candidato providenciar o envelope que deve ser resistente e com dimensões, em centímetros, de 23,5x32,5 aproximadamente, para papel A4.
3. Traga este rótulo bem colado e o envelope lacrado.
4. O recebedor do envelope devolverá ao candidato a parte inferior do comprovante como prova de recebimento do referido envelope, a qual não deverá ser colada no envelope.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL**

**ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

Exma. Srª Secretária 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 requerer 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 – Terapeuta Ocupacional** |
| ( ) | **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 de Saúde II – Auxiliar de Consultório Dentário** |
| ( ) | **Assistente de Serviços de Saúde II – Auxiliar de Farmácia** |
| ( ) | **Assistente de Serviços de Saúde II – Recepcionista** |
| ( ) | **Auxiliar de Serviços Operacionais I – Limpeza** |

Declaro que tenho inteiro conhecimento do **EDITAL Nº 001/2020 -** Abertura de Processo Seletivo Simplificado nº 002/2020 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](mailto:saude@chapadaodosul.ms.gov.br)