

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES-ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE INSCRIÇÃO / P.S.S. SEMUS-2020 (Leis 3659/2017, 3661/2017 e 3662/2017)

NOME DO CANDIDATO: _____

Função: MÉDICO _____

Função: MÉDICO _____

Pessoa com deficiência (), se for o caso, anexar laudo.

DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO			INSCRIÇÃO Nº:
NÚMERO	DATA EMISSÃO	ORGÃO EXPEDIDOR/UF	

ENDEREÇO: (AV./RUA, NÚMERO, PONTO DE REFERENCIA, BAIRRO, CIDADE, UF)

DATA DE NASCIMENTO: _____ **TEL. CONTATO:** _____

Espaço para listagem dos documentos anexados. As cópias deverão ser numeradas e grampeadas na ficha. **Nº DE CÓPIAS:**

DECLARO conhecer o presente edital, estar plenamente de acordo com suas normas e condições e preencher os requisitos exigidos para a inscrição e posterior contratação.

Linhares-ES, _____ de FEVEREIRO de 2020.

Assinatura Candidato: _____

DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR/DESTACAR

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES - P.S.S. SEMUS - FEVEREIRO/2020

NOME DO CANDIDATO: _____

P.S.S. SEMUS - FEV/2020

Função: MÉDICO _____

INSCRIÇÃO Nº

Função: MÉDICO _____