

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES-ES**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO / P.S.S. - MAIO/2019 (Leis 3659/17, 3661/17 e 3662/17)**

**NOME DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO:** **TÉCNICO DE ENFERMAGEM - 40 hs**

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 MAIO de 2019.

Assinatura Candidato: \_\_\_\_\_

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES - P.S.S. SEMUS - MAIO/2019**

**NOME DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_

**P.S.S. SEMUS - Maio/2019**

**FUNÇÃO:** \_\_\_\_\_

**INSCRIÇÃO Nº**