PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES-ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE INSCRIÇÃO / P.S.S. - 2017 (Leis 3659/17, 3660/17, 3661/17 e 3662/17)

NOME DO CANDIDATO: _____

( ) ENFERMEIRO - ESF

( ) ENFERMEIRO - 30 HS ou ( ) ENFERMEIRO - 20 HS ou ( ) ENFERMEIRO - SAÚDE MENTAL

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 _____ de 2017.

Assinatura Candidato: _____

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES - P.S.S. SEMUS - JULHO/2017

NOME DO CANDIDATO:_____	P.S.S. SEMUS - Julho/2017
( ) ENFERMEIRO - ESF **( ) ENFERMEIRO - 30HS ou ( ) ENFERMEIRO - 20HS ou ( ) ENFERMEIRO-SAÚDE MENTAL**	**INSCRIÇÃO Nº**