

**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:** \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO:** \_\_\_\_\_

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

**FUNÇÃO:** \_\_\_\_\_

**INSCRIÇÃO Nº**