ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MUNICÍPIO DE VITOR MEIRELES | | | | | N.º DE INSCRIÇÃO SERÁ O CPF | | |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO A CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2021** | | | | |
| Nome do Candidato (a): | | | | | | |  |
| Cargo Pretendido: ( ) Agente Comunitário de Saúde | | | ( ) área 01 ( ) Micro área 02  ( ) área 02 ( ) Micro área 02  ( ) área 03 ( ) Micro área 03  ( ) área 01 ( ) Micro ár | | | |  |
| ( ) área 02 ( ) Micro área 01 | | | |  |
| ( ) área 03 ( ) Micro área 03 | | | |  |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | | | | |
| Nome do Pai: | | | | | | | |
| Nome da Mãe: | | | | | | | |
| Data do Nascimento: | | | | | | | |
| Naturalidade: | | | | Estado: | | | |
| N.º filhos: | | Sexo: | | Estado Civil: | | | |
| Endereço Residencial: | | | | | | N˚: | |
| Bairro: | | | | | | | |
| Cidade/Estado: | | | | Fone: | | | |
| CPF: | Nº Inscrição Órgão de Classe: | | |  | | | |
| Carteira de Identidade: | | | | Órgão Expedidor: | | | |
| Portador de Deficiência: Sim ( ) Não ( ) | | | | Tipo: | | | |
| E-mail: | | | | | | | |

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo total responsabilidade pelo preenchimento desta Ficha de Inscrição, bem como, pela veracidade da cópia dos documentos anexa, declarando explicitamente conhecer e aceitar as normas e regulamentos estabelecidos no Edital de chamamento público nº 02/2021 e todas as disposições nele contidas.

**(Enviar este formulário preenchido e assinado, escaneado, para:** [**saude@vitormeireles.sc.gov.br**](mailto:saude@vitormeireles.sc.gov.br)**) ou entregar pessoalmente na Secretaria Municipal de Saúde**

Vitor Meireles/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura do (a) Candidato (a)** |  |