**Ficha de Inscrição**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | | |  | | | | | | | | | | | |
| RG | | |  | | Data Emissão | |  | | Órgão Expedidor | |  | | | |
| CPF | | |  | | | | | | | | | | | |
| Título de Eleitor | | |  | | | | Zona |  | | | | Seção | |  |
| Data de Nascimento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Filiação: | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Estado Civil | | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefones | | |  | | | | |  | | | | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Município e UF | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Portador de Deficiência? | | |  | | | | | | | | | | | |
| Se sim, quais? | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |
|  | | |
| **CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO PROFISSIONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Especificações de Títulos (Pós-graduação para Enfermeiros, e Especialização para Técnicos de Enfermagem)** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 3 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 4 |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Informe o Tempo de serviço comprovado:** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_anos,** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses** | | | | **e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias.** | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |
| \*O candidato deverá juntar cópia de documentos das informações prestadas no ato da inscrição, sob pena de acarretar em desconsideração daquele título desprovido comprovação. | | | | | | | | | | | | | | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Eu, acima descrito, declaro ser responsável por todas as informações por mim declaradas, estando ciente que qualquer irregularidade poderá eliminar-me do Processo Seletivo.

Nova Esperança do Sudoeste, dia \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaração de Saúde**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Cargo/função pretendido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins que possuo plena aptidão física e mental para exercer o cargo/função de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ainda que não faço parte do grupo de risco de contaminação pelo Corona Vírus – COVID-19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

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

**Declaração de Não Haver Sofrido Penalidade**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que, não haver sofrido, no exercício de função pública, penalidade por prática de atos desabonadores.

Nova Esperança do Sudoeste, Paraná, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

**Declaração de Não Acúmulo de Cargos**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que, na presente data, não exerço outro cargo público ou privado ou, que exerço cargo que é cumulável com o aqui pretendido, nos termos da Constituição Federal, em seu art. 37, inciso XVI.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura