GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE INSCRIÇÃO

CLASSIF:	INSCRIÇÃO Nº
NOTA:	

CONCURSO PÚBLICO (NOME DA CATEGORIA/CLASSE): **INSTITUTO DE SAÚDE - PESQUISADOR CIENTÍFICO I**

UNIDADE DE EXERCÍCIO: **NÚCLEO DE SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE**

NOME DO CANDIDATO (NÃO ABREVIAR)

CÉDULA DE IDENTIDADE - UF

CPF -

NASCIMENTO			ESTADO CIVIL	FILHOS	SEXO (X)		ESCOLARIDADE (X)		
DIA	MÊS	ANO		(Nº)	MASC.	FEM.	FUNDA-MENTAL	MÉDIO	SUPERIOR

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ALAMEDA, ETC., - **Atenção: não esqueça do número da sua casa, apto., bloco**)

BAIRRO CIDADE EST.

CEP - EMAIL

FONE PARA CONTATO (DDD - Nº FONE)

(RESIDENCIAL) - (CELULAR) -

JÁ EXERCEU A FUNÇÃO DE JURADO NO TRIBUNAL DO JÚRI? (X) ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

DEFICIÊNCIA (X): ☐ NÃO TEM ☐ AUDITIVA ☐ FÍSICA ☐ VISUAL ☐ OUTRAS:

CASO POSITIVO, RESPONDER ITENS 1 E 2 ABAIXO:

1- GRAU:

2- NECESSITA DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAR A PROVA? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Sr.(a) candidato(a) caso tenha respondido **"SIM"**, acima, para efetuar especificações de vossa necessidade, solicite **REQUERIMENTO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA** na Unidade, ou imprima o referido requerimento através do site da Coordenadoria de Recursos Humanos: http://www.crh.saude.sp.gov.br

NO CASO DE INSCRIÇÃO POR PROCURAÇÃO, O PROCURADOR DEVERÁ PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO

NOME DO PROCURADOR

CÉDULA DE IDENTIDADE - UF FONE PARA CONTATO (DDD - Nº FONE) -

DECLARAÇÃO

Declaro sob pena da Lei, que estou ciente e de acordo com todas as normas e regras que norteiam o presente Concurso, nos termos do Edital de Abertura de Inscrição e que a inexatidão ou irregularidade de informações prestadas por mim ou meu Procurador, ainda que verificadas posteriormente, ocasionarão minha eliminação do Concurso, com anulação de todos os atos praticados, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, civil e criminal.
Estou ciente de que o não preenchimento do campo específico "2" (**CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA**), quando da necessidade de condições especiais para a realização da prova, terei exaurido os meus direitos especiais relativos à deficiência com relação ao concurso.

_____, _____/ _____/ 20_____.

_____
(ASSINATURA DO CANDIDATO)

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE INSCRIÇÃO

1 - Todas as etapas do concurso, inclusive data(s) e local(is) de prova(s), resultado(s) e classificação final, serão divulgados no Diário Oficial do Estado - Caderno I - Seção de Concursos (www.imprensaoficial.com.br).

2- Conforme edital de abertura, o candidato somente terá acesso ao recinto das provas se exibir no ato, documento hábil de sua identidade (R.G. ou CTPS ou Carteira do Conselho de Classe ou Carteira Nacional de Habilitação ou Passaporte).

INSCRIÇÃO Nº

CONCURSO PÚBLICO (NOME DA CATEGORIA/CLASSE):

NOME DO CANDIDATO (NÃO ABREVIAR)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE - UF

_____, _____/ _____/ 20_____.

_____
(ASSINATURA DO CANDIDATO)