



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

RUA FORTUNATO AFONSO TESSAROLO, N°150, PRAÇA DO TRIÂNGULO – JOÃO NEIVA – ES  
CEP: 29680-000 - TEL.: (27) 3258-4757 – CNPJ: 10.585.650/0001-08

**ANEXO I**

**PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO - N° 02/2018**

- 1) COLOCAR TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS NO EDITAL DENTRO DO ENVELOPE;
- 2) LACRAR O ENVELOPE;
- 3) PREENCHER TODO O REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (INCLUSIVE COMPROVANTE DO CANDIDATO) E GRAMPEÁ-LO NA PARTE EXTERNA DO ENVELOPE;
- 4) ASSINAR O REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO;
- 5) ESCREVER NO ENVELOPE: NOME COMPLETO À CANETA.

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**DECLARAÇÃO**

O abaixo assinado vem requerer à Prefeitura Municipal de João Neiva sua inscrição no **Processo Seletivo Simplificado para Contratação por Tempo Determinado –N° 02/2018 de 04/09/2018** para o cargo especificado abaixo, declarando, ao assinar este requerimento de inscrição, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, atestando a veracidade dos documentos entregues e estando ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas no Edital que regulamenta este Processo Seletivo. Declara que aceita e atende todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função, comprometendo-se à sua devida comprovação, quando exigida, sob pena de não o fazendo, tornar-se insubsistente sua inscrição.

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_  
 TEL. PARA RECADO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO- N° 02/2018 de 04/09/2018.**

**FICHA DE INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_**

**CARGO PLEITEADO:**

( ) Farmacêutico-Bioquímico      ( ) Médico da ESF      ( ) Técnico em Enfermagem - ESF

( ) Desejo me inscrever como **CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA** e declaro que estou ciente das determinações do item 3 contidos no Edital do Processo Seletivo Simplificado **N° 02/2018 de 04/09/2018**.

João Neiva – ES, \_\_\_\_\_/09/2018.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SERVIDOR DA PMJN/SEMSA

N° DE FOLHAS: \_\_\_\_\_

<p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> Rua: Fortunato Afonso Tessarolo, 150 - CENTRO – JOÃO NEIVA ES CEP: 29680-000- CNPJ: 10.585.650/0001-08 TEL.: (27) 3258-4757</p>	<p><b>Processo Seletivo para Contratação por Tempo Determinado – N° 02/2018 de 04/09/2018</b></p> <p><b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO</b></p> <p><b>N° DA INSCRIÇÃO: _____</b></p>
<p>NOME: _____</p> <p>CARGO: _____ DATA: ____/____/2018</p> <p>_____ ASSINATURA DO CANDIDATO</p> <p>_____ ASSINATURA DO SERVIDOR DA PMJN/SEMSA</p> <p>N° DE FOLHAS: _____</p>	