**ANEXO II – ficha de inscrição**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREFEITURA MUNICIPAL DE JACI/SP**  **FICHA DE INSCRIÇÃO**  **P.S.S. 004/2020**  **CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL MÉDICOS** | | | |
| NOME DO CANDIDATO: | | | |
| Função: MÉDICO | | | |
| Pessoa com deficiência ( ), se for o caso, anexar laudo. | | | |
| DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO | | | INSCRIÇÃO CRM Nº: |
| NÚMERO | DATA EMISSÃO | ORGÃO EXPEDIDOR/UF |
|  |  |  |
| ENDEREÇO: (AV./RUA, NÚMERO, PONTO DE REFERENCIA, BAIRRO, CIDADE, UF) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | TEL. FIXO:(\_\_\_) | |
| TEL. CEL:(\_\_\_) | | Email: | |
| Espaço para listagem de qualificação profissional e indicação dos documentos anexados.  A presente ficha e os documentos pertinentes à análise do curriculo deverão enviadas para o email: rh@jaci.sp.gov.br | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 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.  Local/data.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome e CPF do canditado | | | |