**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 |