



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Saúde

FICHA DE INSCRIÇÃO

EDITAL 03/2018

Área de Atuação escolhida: _____

Código do Perfil: _____

| | | |
|------------------------|--------------------|----------------|
| Nome completo: | | |
| | | |
| Data de Nascimento: | Naturalidade: | Estado civil |
| | | |
| RG | CPF: | |
| | | |
| Endereço Residencial: | | |
| | | |
| Bairro: | Fone/ Residencial: | Fone/ Celular: |
| | | |
| E-mail: | | |
| | | |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| | | |
| Formação profissional: | | |
| | | |

Declaro para os devidos fins que LI e estou de ACORDO com Edital previsto para esta Seleção. CONCORDO também que a minha inscrição implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas no Edital desta seleção, das quais não poderei alegar desconhecimento.

| | |
|-------|-------------------------|
| Data: | Assinatura do Candidato |
| | |