



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

EDITAL N.º 19/2017

ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO N.º _____

FOTO	Nome Completo:		
	Identidade:		
	CPF:		
	Estado Civil		
	Data do Nascimento ____ / ____ / ____		
Sexo: (<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino		Cert. Reservista	
Título de Eleitor:		Zona Eleitoral:	
Nº CTPS		Nº PIS	
Endereço Residencial:			
Bairro:		CEP:	
Cidade::		Estado:	
E-mail:			
Tel. Fixo: ()		Celular ()	
Escolaridade:		Instituição	Ano de Término
Graduação:			
Especialização:			
Mestrado:			
Doutorado			

Declaro sob as penas da Lei, que as declarações acima são verdadeira e que estou ciente e concordo com todas as normas, regras e condições constante na Chamada de Seleção Pública Simplificada de N.º .

Assinatura do Candidato

COMPROVANTE de Inscrição para Chamada de Seleção Pública Simplificada N.º 19/2017

Data Inscrição: ____ / ____ / ____

Assinatura do candidato

Assinatura da secretaria