



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