



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

À Comissão Coordenadora do processo interno de seleção para preenchimento do cargo de Diretor do Centro Odontológico Tipo I (CEO CENTRO).

Nome:

Naturalidade:

Data de Nascimento:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:

UF:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Endereço:

Complemento:

CEP:

Bairro:

Município:

Telefone Residencial:

Telefone Celular:

E-mail:

Portador de Deficiência? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Situação atual

Unidade de lotação: _____

Cargo: _____

Estou ciente e concordo com os termos do presente Chamamento Público.

_____, _____ de _____ de 2021.

Local e data

Assinatura do(a) Candidato(a)

OBSERVAÇÃO:

Lembramos que este Formulário de Inscrição só terá validade se for preenchido, digitalizado e enviado através do e-mail: selecaoceoocentro@saude.ce.gov.br, dentro do prazo de inscrição.