



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACI

Praça Dom Lafayette Libaneo, 700 - Centro - Fone/Fax: (17) 3283-9930 - CEP 15155-000

e-mail: rh@jaci.sp.gov.br – gabinete@jaci.sp.gov.br - CNPJ (MF): 45.142.684/0001-02

ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO II – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 002/2023

Cargo/função: MÉDICO (CBO 2251-25)

1- DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data da Emissão: ____/____/____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____/_____

Sexo: () Feminino () Masculino Estado Civil: _____

Título de Eleitor: _____ Seção: _____ Zona: _____ Inscrição CRM nº: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefones Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Pessoa com deficiência: () não () sim anexar laudo.

2- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO:

N.º	Local de atuação	Função	Período comprovado
01			
02			
03			
04			
05			
06			

3- RELAÇÃO DE TÍTULOS/ESPECIALIZAÇÃO:

N.º	Instituição	Curso	Carga horária	Período
01				
02				
03				
04				
05				
06				

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 e que os documentos apresentados para serem analisados na Avaliação da Prova de Títulos correspondem à minha participação em eventos educacionais nos quais obtive êxito de aprovação e que os documentos apresentados para Avaliação do Tempo de Experiência Profissional correspondem à minha participação pessoal conforme Comprovantes anexados.

DECLARO, ainda, que, ao enviar a documentação listada na relação acima, para a Avaliação da Prova de Títulos e Tempo de Experiência Profissional, estou ciente de que assumo todos os efeitos previstos no Edital do Processo Seletivo Simplificado, quanto à plena autenticidade e validade dos documentos apresentados em cópia digital, inclusive no tocante às sanções e efeitos legais.

(Local/data.) _____/_____, _____ de _____ de 2023.

Nome completo: _____

CPF nº _____