



ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – SAÚDE

* Preenchimento de todos os campos é obrigatório, com letra de FORMA.

Nome Completo (Sem Abreviações)	
Função Pretendida	Lotação
Portador de Deficiência () SIM	Deficiência/CID

Dados Pessoais

CPF	Estado Civil	Data de Nascimento	
RG	Órgão Emissor	UF	Data de Emissão
Sexo M () F ()	Naturalidade	UF	
Telefone	Celular		

Dados domiciliares

Endereço Atual (Rua, Av., Praça, etc.)		
Endereço (continuação)	Número	Complemento
Bairro ou Distrito	CEP	
Cidade	UF	

Serra Talhada/PE, _____/_____/_____

Assinatura do Candidato

Responsável pela Inscrição:

Nome do Servidor	DATA:
Número de Páginas Recebidas	Itens Obrigatórios: (S) (N) Foto (S) (N) Documento de Identidade e CPF (S) (N) Alimento (S) (N) Comprovante de Endereço

SAUDE@SERRATALHADA.PE.GOV.BR

(87) 3831-268 / (87) 3831-6646

Esta ficha deve ser preenchida, assinada e anexa às cópias dos documentos: Documento de Identidade, CPF, comprovante de

Endereço e declarações, foto 3x4;

NOSSA SENHORA DA PENHA - CEP: 56.903-450

SERRA TALHADA/PE - CNPJ: 10.685.971/0001-76

Nome do candidato:	Nº de Inscrição:
--------------------	------------------

Função:	Lotação:
---------	----------

Ao Presidente da Comissão Coordenadora:

Como candidato ao Processo Seletivo Simplificado, solicito a revisão de minha pontuação na Avaliação Curricular, sob os seguintes argumentos:

Serra Talhada, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Candidato

Atenção:

- 1 Preencher o recurso com letra legível.
2. Apresentar argumentações claras e concisas.
3. Preencher o recurso em 02 (duas) vias, das quais 01 (uma) será retida e outra permanecerá com o candidato, sendo atestada a entrega.

PREFEITURA DE
Serra Talhada



CUIDANDO DE VOCÊ

SAUDE@SERRATALHADA.PE.GOV.BR

(87) 3831-1268 / (87) 3831-6646

RUA IRNÉRIO INÁCIO, 132

NOSSA SENHORA DA PENHA - CEP: 56.903-450

SERRA TALHADA/PE - CNPJ: 10.685.971/0001-76