Foto 3X4

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BITURUNA - FMS

CONCURSO PÚBLICO - EDITAL 12/2009

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO **N°**

CARGO PÚBLICO/ VALOR DA INSCRIÇÃO

☐	ASSISTENTE SOCIAL	R$ 100,00
☐	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	R$ 25,00
☐	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	R$ 25,00
☐	DENTISTA	R$ 100,00
☐	FISIOTERAPEUTA	R$ 100,00
☐	MOTORISTA	R$ 50,00
☐	NUTRICIONISTA	R$ 100,00
☐	PSICÓLOGO	R$ 100,00
☐	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R$ 50,00
☐	TÉCNICO DE RX	R$ 50,00
☐	TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL	R$ 50,00

EMPREGO PÚBLICO – PSF/ VALOR DA INSCRIÇÃO

☐	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS	R$ 25,00
☐	AUXILIAR DE CLÍNICA DENTÁRIA	R$ 25,00
☐	DENTISTA	R$ 100,00
☐	ENFERMEIRO	R$ 100,00
☐	MÉDICO	R$ 100,00
☐	MOTORISTA	R$ 50,00
☐	SERVIÇOS GERAIS	R$ 25,00
☐	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	R$ 50,00

Nome Completo do Candidato (preencher tudo com letra de forma e legível)

Data de Nascimento **DDD** **Telefone** **DDD** **Telefone Celular**

E-mail (se tiver) **Sexo:** **Masculino** ☐ **Feminino** ☐

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

N°

Complemento **Bairro** **Estado**

Município **CEP**

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

N° de Identidade / RG **Órgão Expedidor** **Estado**

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

☐ **Sim** ☐ **Não** **Qual?**

NECESSITA DE RECURSO ESPECIAL PARA FAZER A PROVA? QUAL?

Venho, por meio do presente, requerer inscrição no Concurso Público para provimento de vagas em cargos do quadro permanente de pessoal da Fundação Municipal da Saúde de Bituruna - FMS e para provimento de empregos públicos em caráter temporário por prazo indeterminado vinculados ao Programa Saúde da Família do Governo Federal, conforme Edital n° 12/2009, conforme o cargo/emprego acima assinalado, responsabilizando-me pelas informações prestadas neste requerimento.

Declaro, para fins de direito, conhecer o EDITAL que regula o referido concurso, concordar plenamente com todos os seus termos, bem como com os requisitos mínimos exigidos para a nomeação.

Declaro estar ciente de que, caso não consiga comprovar os requisitos exigidos, minha eventual classificação no Concurso será automaticamente cancelada, sem direito a qualquer reclamação.

Em_____ de _____ de 2009 _____

Assinatura do Candidato

COMPROVANTE DE ENTREGA DO REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO **N°**

CONCURSO PÚBLICO – FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BITURUNA - FMS
EDITAL 12/2009

Número do Documento de Identidade/RG:

Foto 3X4

_____

NOME COMPLETO DO CANDIDATO (em letra de forma e legível)