



ANEXO III

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO			
NOME DO(A) CANDIDATO(A):			
FUNÇÃO ALMEJADA:			CÓDIGO DA FUNÇÃO:
DATA DE NASCIMENTO:		PIS/PASEP/NIT Nº:	
RG Nº:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	UF:	CPF Nº:
END.PERMAMENTE:			
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	MUNICÍPIO:	ESTADO:
TELEFONES PARA CONTATO:		E-MAIL:	
CANDIDATO/A COM DEFICIENCIA NOS TERMOS DA LEI? () SIM () NÃO			
EM CASO DE TER ASSINALADO SIM NO ITEM ANTERIOR, DESCREVER QUAL A DEFICIÊNCIA E ACOSTAR LAUDO MÉDICO COMPROBATÓRIO, NOS TERMOS DO EDITAL.			
Declaro que tenho plena ciência de que a seleção publica simplificada a qual me submeto será realizada de acordo com a apreciação da documentação acima listada e apresentada em ANEXO.			
DATA:		ASSINATURA:	