

ANEXO IV
FICHA DE INSCRIÇÃO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
EDITAL

Inscrição nº Via do Candidato

Apresentar este comprovante em todas as etapas do processo seletivo público juntamente com um documento de identificação com foto

Nome Completo:

Cargo: Agente Comunitário de Saúde

Nº Inscrição: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: Casado Solteiro Outros Sexo: Feminino

Escolaridade: _____

Número de Dependentes:

Deficiente Físico? Sim Não Se sim qual a deficiência?

Qual a necessidade para fazer a prova?

Identidade: Órgão Expedidor/ Data Emissão :

CPF:

Endereço: Bairro: Cidade: UF:

telefones (ou recado):

E-mail: Necessita de computador com acesso à internet:

DECLARO que aceito todas as exigências especificadas no Edital Nº 001/2024 de Abertura deste certame, responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas, inclusive pela fidelidade das cópias dos documentos apresentados.

Local e data:

Assinatura do Candidato

Conferência da Comissão: Deferida Indeferida