



PREFEITURA MUNICIPAL DE IBATIBA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 003/2020

FICHA DE INSCRIÇÃO DENTISTA

Dados Pessoais:

Nome do Candidato:		
Sexo: () M () F	Data de nascimento:	
RG:	CPF:	
Endereço:		
Nº:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone celular:	E-mail:	
Informações Adicionais:		
Portador de Necessidades Especiais? SIM () NÃO ()		
Necessita de alguma condição especial para a realização da prova escrita? Qual?		
É integrante do Corpo de Jurados da Comarca de sua residência? SIM () NÃO ()		
Total de Folhas Anexas à Ficha de Inscrição:		

DOCUMENTOS APRESENTADOS JUNTO À FICHA NO ATO DA INSCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA	QUANT.	ENTREGUES
Cópia da identidade e do CPF			
Cópia de Comprovante de Escolaridade			
Cópia de comprovante de tempo de serviço no cargo e função pleiteados			
Procuração com firma reconhecida			
Doutorado concluído na área requerida.	-	01	
Mestrado na área pleiteada	-	01	
Curso de Especialização Lato-sensu presencial, em área específica de atuação.	A partir 360h	Até 03	
Curso de qualificação profissional realizado nos últimos 05 anos, com duração igual ou superior a 120 horas	120h	01	
Curso de qualificação profissional realizado nos últimos 05 anos, com duração mínima de 60 horas a pontuação máxima de 119 horas.	60-119 h	Até 02	
Curso de qualificação profissional realizado nos últimos 05 anos, com duração mínima de 20 horas a pontuação máxima de 59 horas.	20-59h	01	

(Declaro estar ciente e concordar com as condições contidas no edital)

ASSINATURA DO CANDIDATO