**FICHA DE INSCRIÇÃO – MODELO 04**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 02/2025**

**FUNÇÃO/CARGO DE MOTORISTA – SECRETARIA SAÚDE (40 HORAS)**

|  |
| --- |
| **Inscrição Nº**  Data da Inscrição: |
| Nome: |
| Data de nascimento: Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) |
| Endereço: |
| Cidade: |
| Telefone Residencial: Celular: |
| E-mail para contato: |
| Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Outros ( ) |
| **Documentos a apresentar: (*check-list*)** |
| ( ) cópia da **Carteira de Habilitação Categoria “D ou “E**” (frente e verso) e CPF |
| ( ) apresentar cópia do Título de Eleitor (com comprovante da última votação ou Certidão de Quitação Eleitoral); |
| ( ) apresentar a cópia do certificado de reservista; |
| ( ) Certificados de cursos realizados elencados na tabela do item 6.1 do Edital |
| ( ) documentos comprobatórios de experiência – item 7.2, item c – (especificar):i................................................ii...............................................iii.............................................. |
| ( ) declaração de disponibilidade para a jornada de trabalho em regime de 40 (quarenta) horas semanais. |
| ( ) declaração de que exerce ou não exerce outro cargo ou função pública |
| ( ) declaração de que não possui antecedentes criminais |
| ( ) candidato às vagas de que trata o item 13.1 do Edital? |
| ( ) declaração de que conhece e está de acordo com as exigências do Edital |
| *Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas e pelos documentos apresentados.* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura do Candidato** (Assinar e depois digitalizar este documento) |