ANEXO II

	PREFEITURA MUNICIPAL DE ICONHA/ES **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N. 002/2021**

FICHA DE INSCRIÇÃO			**Nº**
Nome:			Telefone para contato:
CPF:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| -|__|__|	Identidade:	Data de Nascimento:____|___|_____ Portador de Deficiência: ( )Sim ( )Não	
Endereço:			
Bairro:	Município:	CEP:|__|__|__|__|__| - |__|__|__|	UF:

Função e local de trabalho escolhidos (assinale com um X a sua opção):

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS - 40 HORAS	**( ) UBSF "FRANCIS RAMOS MONGIM" – EQUIPE 001 (ILHA DO COCO) – MICROÁREA:_____** **( ) UBSF – "ANACLETO EUGENIO CREMONINI", EQUIPE 002 (BOM DESTINO) – MICROÁREA :_____** **( ) UBSF "DUAS BARRAS" – EQUIPE 003 (DUAS BARRAS) – MICROÁREA:_____** **( ) UBSF "DORIVAL GARCIA DE MATTOS" – EQUIPE 004 (CENTRO) - MICROÁREA:_____** **( ) UBSF "ROBERTO BOCOLI MACARINI" – EQUIPE 005 (TOCAIA) - MICROÁREA:_____**

Documentos apresentados	( )	Cópia simples da Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho
	( )	Cópia simples do CPF;
	( )	Cópia **autenticada** do comprovante de escolaridade (diploma ou histórico escolar ou certidão de escolaridade).
	( )	Declaração de tempo de serviço; **( ) nº Laudas**
	( )	Cópia **autenticada** dos títulos; **( ) nº Laudas**
	( )	Instrumento procuratório específico com firma reconhecida, se candidato inscrito através de procurador;
	( )	Cópia simples do COMPROVANTE DE RESIDENCIA NO NOME DO CANDIDATO
	( )	**FICHA A/CADASTRO INDIVIDUAL E-SUS** (Cadastro da Família/Cadastro Individual-solicitada na Unidade de Saúde) para função de **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**
	( )	Laudo Médico (Portadores de Deficiência)

Data :_____|____|_____		**DECLARO QUE ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM OS TERMOS DO PRESTENTE EDITAL** _____ assinatura do candidato