PREFEITURA DE BOITUVA

Av. Tancredo Neves, 01 Centro
Boituva SP - CEP: 18.550-000
www.boituva.sp.gov.br
boituva@boituva.sp.gov.br
Tel: 15 3363.8800

PROCESSO SELETIVO 04/2.021 - SAÚDE

INSCRIÇÃO Nº _____

Nome:

Endereço:

Compl: Bairro:

Cidade: UF: CEP: -

Tel. Residencial: ( ) - Tel. Celular: ( ) -

RG n°: Data Nasc.: / / Sexo: Masc. Fem.

Estado Civil: Casado Solteiro Viúvo Outros Filhos menores:

Portador de deficiência física? Sim Não

Especifique o tipo de deficiência:

Possui vínculo com a Prefeitura de Boituva? Sim Não

Possui outro vínculo público? Sim Não

Função Pretendida: _____

Títulos entregues:

( ) Graduação em _____

( ) Residência na Especialidade Escolhida

( ) Título por Prestação de Prova

( ) Mestrado na área médica

( ) Doutorado na área médica

( ) Outras especialidades (Quais?) _____

O candidato abaixo assinado DECLARA, sob as penas da lei:

- que os dados anotados neste formulário são verdadeiros;
- que é brasileiro ou naturalizado ou cidadão português a quem foi deferida a igualdade nas condições previstas pelo Decreto Federal n° 70.436/72;
- que está crente de que não será admitido na função se não provar possuir habilitação legal na data da inscrição, independentemente da classificação obtida;
- que está crente que para admissão será submetido a exame médico, realizado pela prefeitura ou à sua ordem, de caráter eliminatório, que avaliará sua capacidade
- que está quite com as obrigações militares;
- que está em gozo de seus direitos civis, políticos e eleitorais;
- que não sofreu no exercício de função pública, penalidade por atos desabonadores e delas não foi demitido ou exonerado por Justa Causa;
- que sob as penas de lei não tem antecedentes criminais;
- que tem pleno conhecimento das normas que regem o presente processo seletivo e a elas se submete;
- que está ciente de que a inexatidão das informações oras prestadas, ainda que verificadas posteriormente, ocasionarão sua eliminação do processo seletivo, sem
- que está ciente de que, quando da sua convocação, deverá comprovar, documentalmente, todas as informações ora prestadas.

Boituva, ____ de _____ de 2021.

_____ Ass. Candidato ou Procurador

_____ Ass. Responsável pela Inscrição

PREFEITURA DE BOITUVA

PROTOCOLO DA INSCRIÇÃO Nº _____

Nome _____

Função _____

Boituva _____ / _____ 2021 Visto e Carimbo: _____

O protocolo deverá ser preenchido somente no ato da inscrição na Secretaria Municipal da Saúde