**USC SAÚDE**

**EDITAL Nº 001/2020**

**Processo Seletivo Simplificado**

# FICHA DE INSCRIÇÃO

A presente ficha cadastral tem por objetivo registrar informações do candidato para os trâmites burocráticos internos da instituição.

Os dados aqui contidos são de uso restrito da coordenação e diretoria, sendo seu sigilo preservado.

**VAGA DE INTERESSE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nome completo: | | | | | | Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ | | Estado civil: | | Sexo (M/F): | | Nacionalidade: | | Cidade de nascimento: | | | | RG: | Órgão Emissor/UF: | | Data emissão:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | CPF: | | PIS: | | | | Título eleitoral: | | Zona: | | Seção: | | Carteira de Trabalho: | | Série: | | | | Nome completo da mãe: | | | | | | Nome completo do pai: | | | | | | |  |
| 1. **CONTATO**   **Endereço do candidato:** |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Endereço: | | | Número: | | Complemento: | Bairro: | | | | Cidade: | UF: | CEP: | | | Telefone residencial: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ | Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Email: | | | | |  |  |
|  |  | |
| 1. **CURRÍCULO DE ATIVIDADES REALIZADAS PELO CANDIDATO**   **Formação:** | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Universidade onde se formou: | | | | Cidade: | | UF: | | Ano de formação: | Especialização? | | | Cite brevemente suas experiências profissionais: | | | | Possui experiência com TEA? | | | | Em que situação? | | | | Período: | | | | | |
| **Informação complementar:** | | |
| |  |  | | --- | --- | | Como soube sobre as inscrições para o processo seletivo? | | | Está tralhando no momento? | | | Possui filhos? Quantos? | É portador de alguma deficiência? ( ) Sim  ( ) Não | | | |
|  | | |
|  | | |

Declaro que as informações fornecidas são verdadeiras e atualizadas, assumindo total responsabilidade caso haja alterações que não forem comunicadas a Coordenação.

Santos - SP, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\*Após o preenchimento, enviar junto com o currículo para o e-mail:** [**selecao@uscsaude.com.br**](mailto:selecao@uscsaude.com.br)