**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

| **NOME COMPLETO:** |
| --- |
| **RG:** | **ÓRGÃO EMISSOR:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CPF:** |  |
| **NOME DA MÃE:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **CIDADE:** | **CEP:** |
| **CONTATOS DO(A) CANDIDATO(A)** |
| **TELEFONE CELULAR (COM DDD):** |
| **TELEFONE FIXO/RECADO (COM DDD):** |
| **E-MAIL:** |
|  |
| **VAGA PRETENDIDA NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO** |
| **( ) ENFERMEIRO(A)** |
| **( )TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM** |
| **( ) RECEPCIONISTA** |