



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Processo Seletivo Simplificado 001/2019

Consórcio Intermunicipal do Oeste Paulista – CIOP

Cargo- Auxiliar de enfermagem

- ☐ UPA Zona Norte DIURNO
☐ UPA Zona Norte NOTURNO
☐ UPA Ana Jacinta DIURNO

Nome: _____ Coren nº: _____

Filiação: _____

RG: _____, Órgão expedidor: _____, estado: _____

CPF: _____, Data de nascimento: ____/____/____, Sexo: _____

Endereço: _____

Telefone*: () _____ - _____. *Preenchimento obrigatório.

Vem requerer a inscrição no PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO nº 001/2019, declarando atender as condições estabelecidas no item 2.1.2 deste edital, sob pena de responsabilidades civil e criminal, pelas informações prestadas.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____/____/2019).

cidade

(assinatura do candidato)