ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| MUNICÍPIO DE LAURENTINO | N.º DE INSCRIÇÃO SERÁ O CPF |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO A CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2020** |
| Nome do Candidato (a):  |  |
| Cargo Pretendido: ( ) Técnico Enfermagem ( ) Médico  ( ) Cirurgião Dentista ( ) Aux Consultório Dentário  |  |
| **DADOS CADASTRAIS** |
| Nome do Pai: |
| Nome da Mãe: |
| Data do Nascimento:  |
| Naturalidade:  | Estado: |
| N.º filhos: | Sexo: | Estado Civil: |
| Endereço Residencial: | N˚: |
| Cidade/Estado:  | Fone: |
| CPF: | Nº Inscrição Órgão de Classe: |  |
| Carteira de Identidade: | Órgão Expedidor: |
| Portador de Deficiência: Sim ( ) Não ( ) | Tipo: |
| E-mail:  |

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo total responsabilidade pelo preenchimento desta Ficha de Inscrição, bem como, pela veracidade da cópia dos documentos anexa, declarando explicitamente conhecer e aceitar as normas e regulamentos estabelecidos no Edital de chamamento público nº 01/2020 e todas as disposições nele contidas.

**(enviar este formulário preenchido e assinado, scaneado, para:** **saude@laurentino.sc.gov.br** **)**

Laurentino/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura do (a) Candidato (a)** |  |

# ANEXO II

# DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

INSTITUIÇÃO (Nome, endereço, CNPJ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o Edital de Chamada Pública Nº 01/2020 para Admissão de Médico/Auxiliar de Consultório Dentário/Cirurgião Dentista/Técnico de Enfermagem, que o Senhor (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ portador (a) do documento de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ exerceu ou ainda exerce atividades profissionais nessa instituição, no cargo de Médico/Auxiliar de Consultório Dentário/Cirurgião Dentista/Técnico de Enfermagem, conforme abaixo especificado:

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_\_ANOS\_\_\_\_\_\_\_\_MESES\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS.

Declaramos, sob as penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta declaração são a expressão da verdade.

Local e Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição