



**ANEXO II**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Nº de Inscrição:** \_\_\_\_\_

Cargo a que concorre:	
Deficiente Físico:	( ) Não ( ) Sim – Especificar:
Para Cargos de Agente Comunitário de Saúde, especificar Micro- Região:	

Nome:	
Data de Nascimento:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Estado Civil: ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Solteiro (a) ( ) Viúvo (a)	
Endereço:	
Bairro:	Município:
Telefone residencial:	Celular:
CPF:	RG:
PIS/PASEP:	Certidão de reservista:
Título de eleitor (nº de inscrição/seção/zona)	

<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	( ) Alfabetizado
	( ) 1º Grau Incompleto
	( ) 1º Grau Completo
	( ) 2º Grau Incompleto
	( ) 2º Grau Completo
	( ) Graduação
	( ) Pós - graduação

**TERMO DE COMPROMISSO DO CANDIDATO**

Assumo toda a responsabilidade pela exatidão das informações, declaradas neste documento, bem como pelo atendimento de todas as exigências constantes do Edital N°001/2018, da Prefeitura Municipal de Irauçuba e legislação pertinente, reconhecendo que qualquer reticência, inexatidão ou falsidade implicará a minha imediata exclusão da referida SELEÇÃO, sem prejuízos das sanções penais cabíveis.

Irauçuba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CANDIDATO

**Responsável pela Inscrição:** \_\_\_\_\_

.....

<b>Comprovante de Inscrição</b>	
Data:	Horário:
Responsável pela Inscrição:	
Assinatura do Candidato:	