**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO DA INSCRIÇÃO (Preenchimento pelo recebedor)**  |  |

**Dados Pessoais:**

|  |
| --- |
| Nome do Candidato (a):        |
| Sexo: [ ]  Feminino [ ]  Masculino | Data de nascimento:       |
| RG/UF:       /        | CPF:       |
| Nome da mãe:       |
| Nome do pai:       |
| Endereço:       |
| N°:       | Complemento:       | Bairro:       |
| Cidade:       | UF:       | CEP:       |
| Telefone:       | E-mail:       |
| Cargo: [ ]  Auxiliar de Consultório Dentário – 40h |
| Escolaridade: [ ]  Fundamental [ ]  Médio [ ]  Superior  |

**Documentação:**

|  |
| --- |
| Documento de Identificação: [ ]  Sim [ ]  NãoComprovante de Tempo de Serviço: [ ]  Sim [ ]  Não |

 **Informações Adicionais:**

* O candidato é responsável pela exatidão e veracidade das informações prestadas no requerimento de inscrição, arcando com as consequências de eventuais erros e/ou do não preenchimento de qualquer campo daquele campo;
* A inscrição poderá ser efetuada por procurador com poderes específicos (sem a necessidade de Firma Reconhecida em cartório), não sendo admitidas inscrições por e-mail ou outra forma digital.
* A inscrição no Processo de Seleção implica, desde logo, o reconhecimento e a tácita aceitação, pelo candidato, das condições estabelecidas.
* Não será admitida, sob nenhuma hipótese, complementação documental fora do prazo de inscrição.

Paulo Lopes,       de       de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato (a)