**ANEXO III – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PSS 001/2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO:** | | | |
| **CARGO QUE PRETENDE SE INSCREVER:** | **( ) ODONTOLOGO 40 HORAS ESF** | |  |
| **TELEFONE DE CONTATO: ( )** | | **E-MAIL:** | |
| **CPF:** | | **RG: Orgão Emissor:** | |
| **ENDEREÇO:** | | | |
|  | | | |
| **LOCAL E DATA:** | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Candidato**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO ORGANIZADORA** | |
| NÚMERO DA INSCRIÇÃO: | DATA E HORA DA RECEPÇÃO: |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura responsável recebimento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONFERÊNCIA DOS REQUISITOS** | | |
| Doutorado na área da Saúde. | ( ) SIM ( ) NÃO | Pontuação: |
| Mestrado na área da Saúde. | ( ) SIM ( ) NÃO | Pontuação: |
| Pós-Graduação – Especialização Lato Sensu na área da Saúde. | ( ) SIM ( ) NÃO | Pontuação: |
| Cursos na área da saúde concluídos no período de 01-01-2018 e 31/10/2023. | ( ) SIM ( ) NÃO  Horas Total: \_\_\_\_\_\_\_  Horas Três últimos anos:\_\_\_\_\_\_\_ | Pontuação: |
| Tempo de experiência profissional na área de Odontologia | ( ) SIM ( ) NÃO  Tempo Total: \_\_\_\_\_\_\_ | Pontuação: |
| OBSERVAÇÕES: | | |
|  | | |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**MUNICÍPIO DE DIONÍSIO CERQUEIRA**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 001/2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NÚMERO DA INSCRIÇÃO: | | DATA E HORA DA RECEPÇÃO: | |
| **NOME COMPLETO:** | | |
| **CARGO QUE PRETENDE SE INSCREVER:** | **( ) ODONTOLOGO 40 HORAS ESF** | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura responsável recebimento**