



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIÓPOLIS

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 83.102.517/0001-19 - Fone/Fax (0xx47) 3652-2211
Av. Getúlio Vargas, 308 – Centro - CEP- 89.340-000

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIÓPOLIS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO EM CARÁTER
TEMPORÁRIO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA
EDITAL Nº 007/2017

Formulário de inscrição nº:
Cargo: MÉDICO PSQUIATRA
Nome do Candidato:
Endereço:
Telefone para contato:
E-mail:

- Apresentar os Documentos necessários para a inscrição originais e anexar cópias conforme inciso VII do Edital de Processo Seletivo Simplificado nº 007/2017.

Itaiópolis - SC, ____/____/2017.

Assinatura do Candidato

Assinatura do (a) responsável pela inscrição