**ANEXO 5**

REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Processo Seletivo Simplificado nº 00/20\_\_\_ da Prefeitura Municipal de Sumidouro/RJ, venho requerer minha inscrição, declarando estar de acordo com as normas constantes no edital nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro, para fins de direito, estar ciente do inteiro teor dos itens do edital citado e que concordo com todos os seus termos, nada a objetar à sua aplicação, e que preencho as condições legais para o ato de inscrição. Declaro ainda, sob as penas da lei, que possuo os demais documentos comprobatórios das condições exigidas no edital. Declaro que ao assinar esta Ficha de Inscrição, assumo total responsabilidade pelo seu preenchimento.

Termos em que, P. Deferimento

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO CANDIDATO

**IMPORTANTÍSSIMO** Para a concretização da inscrição é necessário:

1 . Entrega desta ficha no local de inscrição, observando as datas de encerramento da inscrição;

2 . Apresentação da documentação obrigatória exigida para a inscrição ( ) Cópia Simples do Documento de Identificação com foto; ( ) Cópia Simples do CPF; ( ) Cópia Simples do Certificado de reservista ou dispensa militar, para brasileiros, quando for do sexo masculino;( ) Cópia Simples do Título de eleitor (acompanhado de comprovante da última eleição ou certidão de regularidade emitida pelo Cartório Eleitoral);( ) Laudo Médico original no caso de pessoa com necessidades especiais com CID;( ) Cópia Simples Documento comprobatório de permanência regular no Brasil, para estrangeiros

( imprimir a parte do verso nesta ficha)

**VERSO DOS REQUERIMENTOS**

**(**Requerimento de inscrição e Requerimento de inscrição para pessoa com deficiência)

INSCRIÇÃO Nº

CARGO PRETENDIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDADE Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

DADOS PESSOAIS

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IDENTIDADE: ORGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F

ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) VIÚVO OUTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. DE FILHOS DEPENDENTES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DA MÃE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: RUA / AVENIDA NÚMERO COMPLEMENTO (APTº, CHÁCARA, FUNDOS, ETC)

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

BAIRRO CIDADE ESTADO CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DDD TELEFONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: SIM:

CANHOTO ( ) SIM ( ) NÃO FÍSICO AUDITIVO ( ) SIM ( ) NÃO

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO:

( ) 1º GRAU COMPLETO ( ) 2º GRAU COMPLETO ( ) 3º GRAU COMPLETO

( ) ESPECIALIZAÇÃO ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO

**ANEXO 6**

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Processo Seletivo Simplificado nº 00/20\_\_\_ da Prefeitura Municipal de Sumidouro/RJ, venho requerer minha inscrição, vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA e apresentar LAUDOMÉDICO com a respectiva Classificação Internacional de Doenças(CID-10), anexando os documentos abaixo relacionados:

Tipo de deficiência :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença(CID): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(OBS: não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visuais passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Candidato(a)

**IMPORTANTÍSSIMO** Para a concretização da inscrição é necessário:

1 . Entrega desta ficha no local de inscrição, observando as datas de encerramento da inscrição;

2 . Apresentação da documentação obrigatória exigida para a inscrição ( ) Cópia Simples do Documento de Identificação com foto; ( ) Cópia Simples do CPF; ( ) Cópia Simples do Certificado de reservista ou dispensa militar, para brasileiros, quando for do sexo masculino;( ) Cópia Simples do Título de eleitor (acompanhado de comprovante da última eleição ou certidão de regularidade emitida pelo Cartório Eleitoral);( ) Laudo Médico original no caso de pessoa com necessidades especiais com CID;( ) Cópia Simples Documento comprobatório de permanência regular no Brasil, para estrangeiros;

( imprimir a parte do verso nesta ficha)

**ANEXO 7**

FORMULARIO ENTREGA DE TÍTULOS E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

NOME CANDIDATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venho perante a Banca Examinadora da Prova de Títulos do Processo Seletivo Simplificado n.º 00\_\_/20\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, requerer o recebimento dos títulos abaixo relacionados que declaro serem cópias autênticas dos documentos originais. Estou ciente de que só serão pontuados os títulos que atenderem a todas as disposições das normas editalícias.

CERTIFICADOS OU DIPLOMAS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | INSTITUIÇÃO  MINISTRANTE | CARGA HORÁRIA | DATA DE  CONCLUSÃO | PONTOS  OBTIDOS |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

TOTAL DE PONTOS DE CERTIFICADOS/DIPLOMAS DE CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO/ ATUALIZAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(VERSO)

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ITEM | LOCAL DE TRABALHO | PERÍODO | CARGO/FUNÇÃO | NO SUAS | PONTOS  OBTIDOS |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

TOTAL DE PONTOS DE CERTIFICADOS OU DIPLOMAS DE CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL DE PONTOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL GERAL DE PONTOS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) CANDIDATO NÃO APRESENTOU CERTIFICADOS OU DIPLOMAS PARA ANÁLISE

( ) CANDIDATO NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PARA ANÁLISE

Assinatura do Candidato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Recebedor/Responsável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Avaliador dos títulos apresentados

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.