



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
CONCURSO PÚBLICO PARA O HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA
EDITAL Nº 001/2015

FORMULÁRIO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

EMPREGO A QUE CONCORRE		CÓDIGO DO EMPREGO		
TÉCNICO EM ENFERMAGEM		TEN-001		
NOME		SEXO		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
ENDEREÇO (Rua, Avenida, Logradouro)		NÚMERO	COMPLETO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
IDENTIDADE	ÓRGÃO	DATA EMISSÃO	UF	CPF
DDD - TELEFONE	DDD - CELULAR	E-MAIL		
Nº DO NIS	DATA DE NASCIMENTO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA		
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

OBSERVAÇÃO:

- O CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DEVERÁ PROCEDER A INSCRIÇÃO, CONFORME ITEM 5.14.15 DO EDITAL.
- O CANDIDATO QUE TIVER O SEU PEDIDO DE ISENÇÃO DEFERIDO DEVERÁ PREENCHER, NORMALMENTE, SUA FICHA ELETRÔNICA DE INSCRIÇÃO, CONFORME ITEM 5.15.7 DO EDITAL.

VOLTA REDONDA, _____ DE _____ DE 2015

ASSINATURA DO CANDIDATO