



MUNICÍPIO DE TAMARANA

ESTADO DO PARANÁ

EDITAL Nº. 2/2020

Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Assistência Social

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO Nº ____/2020

NOME DO CANDIDATO:

DATA DE NASCIMENTO:

PAI:

MÃE:

RG:

CPF:

CPF:

ENDEREÇO:

CEP:

MUNICÍPIO/UF

TELEFONES:

CANDIDATO À VAGA DE:

Seguem os documentos abaixo relacionados e anexos ao presente formulário de inscrição, em conformidade com item 2.6 do Edital 2/2020 :

- () Currículo
- () Cópia do RG
- () Cópia do CPF
- () Cópia do PIS/PASEP/NIT.
- () Comprovante de residência atualizado, exemplo: água, luz, telefone, etc.
- () Certidão de quitação da Justiça Eleitoral, emitida no site desta justiça (<http://www.tse.jus.br/>).
- () Cópia da Carteira de Reservista concernente ao serviço militar (Obrigatório para candidatos do sexo masculino).
- () Cópia do Diploma, com as devidas habilitações conforme o estabelecido no dital, emitido por Instituição de Ensino Superior reconhecida pelo Ministério da Educação, do curso de Serviço Social.
- () Cópia do Registro no Conselho de Classe respectivo na área de sua habilitação ou formação, para o referido cargo.
- () Demais comprovações referentes aos títulos de qualificação e experiência



MUNICÍPIO DE TAMARANA

ESTADO DO PARANÁ

profissional, se houver.

DECLARO que tomei conhecimento do Edital do Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Assistência Social nº 2/2020 e aceito expressamente suas normas.

DECLARO ainda: NÃO pertencer ao grupo de risco de maior probabilidade de desenvolvimento dos sintomas mais graves decorrentes da infecção pelo Coronavírus (COVID-19), a saber: NÃO estar gestante OU puérpera OU lactante (se do sexo feminino); NÃO ter idade maior que 60 (sessenta) anos; NÃO ter NENHUMA doença crônica como asma, diabetes, hipertensão, doença renal crônica, ou outra condição de risco de maior probabilidade de infecção pelo Coronavírus (COVID-19), nos termos definidos pelas autoridades de saúde e sanitária; NÃO apresentar complicação como Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e enfisema pulmonar, doenças cardíacas graves, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica severa; Obesidade mórbida com IMC igual ou superior a 40;

Por serem verdadeiras as declarações e as informações prestadas acima, firmo o presente.

Tamarana/PR, ____ de _____ 2020.

Nome Candidato
Assinatura do Candidato

Comprovante Inscrição Candidato

MUNICÍPIO DE TAMARANA - ESTADO DO PARANÁ

Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Assistência Social 02/2020

INSCRIÇÃO Nº ____/2020

NOME DO CANDIDATO: _____

CANDIDATO À VAGA DE: _____

Assinatura do Candidato

Município de Tamarana