



Estado de Santa Catarina
Município de Arroio Trinta



FICHA DE INSCRIÇÃO PARA TESTE SELETIVO 2015

Inscrição nº:		
Nome:		
Nome da Mãe:		
RG nº	CPF nº	Título de Eleitor nº:
Endereço Completo:		
Cidade:		Estado:
E-MAIL:		
Telefone Residencial nº:		Telefone Celular nº:
Cargo:		

Arroio Trinta-SC, ____/____/2015.

Assinatura do Candidato

Portador de Necessidade Especial () sim () não Qual? _____ CID _____	
Você é mãe recentemente e precisa amamentar seu filho. () sim () não	
Necessidade a ser atendida na aplicação da Prova:	
Responsável pela informação:	
Data:	Assinatura do responsável:



Estado de Santa Catarina
Município de Arroio Trinta



TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, _____,
declaro que me submeto a todas as condições estabelecidas no Edital nº
001/2015, de 11 de dezembro de 2015, do Processo Seletivo para Contratação
de (cargo): _____, para atuar junto à
Prefeitura de Arroio Trinta e setor correspondente.

Arroio Trinta, ____/_____/2015.

Assinatura do Candidato