



Secretaria Municipal de Assistência Social de Cruz Machado – PR
Av. Presidente Getúlio Vargas, nº 787, centro
Telefones: (42) 3554-1752 3554-2334
Email: smas@pmcm.pr.gov.br

ANEXO I			
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO			
Processo Seletivo Simplificado nº001/2019			
Nome do Candidato:			
Data de Nascimento:		Idade:	
RG:	CPF:	CNH: () possui () não possui	
Carteira de Trabalho: () possui () não possui			
Endereço:			
Escolaridade:			
Estado Civil:			
Trabalho Antecedente	Local:	Cargo:	
Telefone para contato:		WhatsApp:	
Email:			
Composição familiar:			
Nome	Parentesco (esposo, filhos, mãe, sogra)	Idade	
() Posso disponibilidade para trabalhar em períodos noturnos e de final de semana.			
() Posso disponibilidade de sair em viagens para acompanhar as crianças e adolescentes para a realização de exames e consultas médicas, realização de cursos entre outros.			

Declaração

Declaro, sob as penas da lei, que me responsabilizo pela veracidade das informações aqui prestadas e que atendo às condições exigidas para a inscrição conforme – **Edital N.º 001/2019 -SMAS**. Submeto-me as condições estabelecidas a qual afirmo conhecer e concordar plenamente.

Cruz Machado, de de 2019.

Nome Completo e assinatura do candidato