



Município de Capitão Leônidas Marques

Estado do Paraná

CNPJ 76.208.834/0001-59

Fone: (45) 3286-8400 - Site: www.capitaoleonidasmarques.pr.gov.br - E-mail: pmcalema@caplmarques.com.br

CEP: 85790-000 - AV: Tancredo Neves, 502 - Capitão Leônidas Marques - Paraná

ANEXO I FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PROCESSO SELETIVO Nº 003/2024

NOME COMPLETO:		
CPF:	RG:	
ENDEREÇO:		
CEP:	CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE:	CELULAR:	
EMAIL:		

A documentação deverá ser anexada ao formulário de inscrição, poderá ser em cópias simples, que deverá ser conferida com a original, pelo agente público no ato da contratação ou cópia autenticada, seguindo a seguinte ordem:

- 1) Carteira de Identidade;
- 2) CPF;
- 3) Comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias);
- 4) Comprovante de escolaridade ou declaração de matrícula da instituição de ensino;
- 5) Diploma de enfermeiro e/ou curso técnico de enfermagem (caso possua);
- 6) Experiência profissional na área relacionada ao emprego pleiteado, comprovada mediante registro em CTPS e/ou declaração de tempo de serviço de órgão público ou documento equivalente (caso possua);
- 7) Curso de Capacitação, Aperfeiçoamento ou Atualização na área do emprego, de acordo com o estabelecido no anexo III deste edital (caso possua);
- 8) Laudo médico original e expedido no prazo máximo de 60 (sessenta) dias antes do término das inscrições, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID, bem como a provável causa da deficiência, informando também o seu nome, documento de identidade (RG), se candidato portador de necessidades especiais.

Declaro que toda documentação enviada corresponde com a original e que estou de acordo e tenho pleno conhecimento de todas as regras e condições estabelecidas no Edital de Processo Seletivo Simplificado Nº 003/2024, do Município de Capitão Leônidas Marques.

Capitão Leônidas Marques/PR, ____ de _____ de 2024.

ASSINATURA DO CANDIDATO