



**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
Rua Rui Barbosa, 690 – Fone: 67-3479-1520 – Fax: 67-3479-1520  
EMAIL: asseq1520@hotmail.com  
CEP 79.935-000 – SETE QUEDAS – MS

**ANEXO I DO EDITAL Nº 001/2020/SMAS**

FICHA DE INSCRIÇÃO – Nº							
CANDIDATO (A) AO CARGO DE:							
NOME DO CANDIDATO:							
DATA DE NASCIMENTO			SEXO		DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
DIA	MÊS	ANO	M	F	NÚMERO	ORG. EXP.	DATA DA EXPEDIÇÃO
NÚMERO DO CPF				NÚMERO PIS/PASEP			
ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AVENIDA, n., APTO, BLOCO)							
BAIRRO				CEP			
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO							
QUAL?							
MUNICÍPIO				TELEFONES PARA CONTATO			
DECLARO QUE CONHEÇO E ACEITO AS CONDIÇÕES CONSTANTES NO EDITAL QUE REGE ESTE PROCESSO SELETIVO E, SE CONVOCADO PARA CONTRATAÇÃO, QUE APRESENTAREI TODOS OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA EXERCER A FUNÇÃO.							
EM, ____/____/2020				ASSINATURA DO CANDIDATO			



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Nº DE INSCRIÇÃO:	
NOME DO CANDIDATO:	
CARGO: CUIDADOR	
Data	Assinatura do Responsável pela Inscrição
____/____/2020.	



**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
Rua Rui Barbosa, 690 – Fone: 67-3479-1520 – Fax: 67-3479-1520  
EMAIL: asseq1520@hotmail.com  
CEP 79.935-000 – SETE QUEDAS – MS

**ANEXO II DO EDITAL Nº 001/2020/SMAS**

<b>CURRÍCULO DO CANDIDATO</b>		
<b>NOME:</b>		<b>Nº DE INSCRIÇÃO:</b>
<b>CARGO QUE CONCORRE:</b>		
<b>Nº RG:</b>	<b>ÓRGÃO EMISSOR</b>	<b>CPF:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>		
<b>TELEFONE PARA CONTATO:</b>		<b>E-MAIL:</b>
Experiência Profissional (informar períodos, empregadores e cargos/funções)		
Formação Escolar (informar instituições de ensino, ano conclusão)		
Cursos de Capacitação, dos últimos cinco anos, em área relacionada as atribuições do cargo que concorre.		
Número de documentos comprobatórios entregues	_____ ( _____ )	
Em, ____/____/2020.	ASSINATURA DO CANDIDATO	

\* ESTE FORMULÁRIO É UM MODELO, PODERÁ SER DIGITADO OU IMPRESSO E PREENCHIDO.