ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO
FUNDAÇÃO ALLYRIO MEIRA WANDERLEY

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO - CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

☐ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ☐ AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

01 NOME DO(A) CANDIDATO(A)

02 SEXO M F

03 DATA DE NASCIMENTO DIA MÊS ANO 1 9

04 MUNICÍPIO Nome do município onde nasceu UF

05 CERTIDÃO CIVIL ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Casamento

06 NÚMERO TERMO **07 FOLHA** **08 LIVRO**

09 DATA DA EMISSÃO DA CERTIDÃO 1 9

10 NOME DO CARTÓRIO - ÓRGÃO EMISSOR **11 UF**

12 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG)
NÚMERO - UF - Ó. EMISSOR DATA DA EMISSÃO 1 9

13 NIS: ☐ **PIS OU** ☐ **PASEP**

14 CPF -

15 CTPS
NÚMERO SÉRIE DATA DA EMISSÃO 1 9 UF

16 TÍTULO DE ELEITOR
Inscrição N.º Zona Seção

17 CARTEIRA DE RESERVISTA
Inscrição N.º RA

18 FILIAÇÃO
Nome do Pai:
Nome da Mãe:

19 ENDEREÇO
RUA, NÚMERO, APARTAMENTO, ETC. BAIRRO
TELEFONE CIDADE CEP UF

20 ESCOLARIDADE

_____

_____

_____

21 DECLARAÇÃO

Declara, sob as penas da Lei que as informações contidas neste formulário são verdadeiras; preenche todas as condições exigidas no Edital de Abertura de Inscrição.

Amparo-PB, _____ de _____ de 2010.

_____
Assinatura do(a) Candidato(a)

DESTACAR A VIA DO(A) CANDIDATO(A)

22 ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO
FUNDAÇÃO ALLYRIO MEIRA WANDERLEY

CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

NOME DO(A) CANDIDATO(A)

N.º DO DOCUMENTO/EMISSOR/UF

AUTENTICAÇÃO

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO