	CONCURSO PUBLICO	ONEPAS

NOME DO CANDIDATO (SEM ABREVIAR) Entre uma palavra e outra deixar um espaço em branco		
DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	**DOCUMENTOS DE IDENTIDADE - Órgão expedidor**	**CPF**
_____/_____/____Idade_____		
ENDEREÇO: Rua, nº - Bairro, Distrito, Sítio — Cidade/Estado - CEP.		
CONTATOS: Telefones, E-mail.		

COD. SECRETARIA	**COD. CARGO**	**CARGO**

ESTADO CÍVIL: CASADO ( ) SOLTEIRO ( ) OUTRO(ESPECIFIQUE:_____

ESCOLARIDADE: NÍVEL SUPERIOR ( ) NÍVEL MÉDIO ( ) NÍVEL FUNDAMENTAL: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

FUNCIONÁRIO PÚBLICO FEDERAL ( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL ( ) TEMPO SERVIÇO _____

Marque, com um "X" , se deseja concorrer à(s) vaga(s) reservada(s) a portadores de deficiência.		DECLARO estar ciente de que a minha qualificação como deficiente e a compatibilidade da deficiência declarada com as atribuições do cargo dependerão de avaliação médica, na forma estabelecida no Edital regulador do concurso. (Anexar laudo médico comprobatório, declarando o nome da deficiência, o código CID e a sua provável causa).

Declaro, sob as penas da lei, que satisfaço às exigências dos atos reguladores do concurso, aceitando todas as regras que lhe são pertinentes. Local _____, Data _____ / _____/_____

_____

Assinatura do Candidato

B----------

RECIBO

Recebi o Formulário de Pedido de Inscrição. CARGO: _____ ____ ____/____/_____ UF Data	**SE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:** Recebi, também, o Atestado Médico comprobatório da deficiência declarada, conforme Edital. _____ Assinatura
Nº DE INSC._____ **DATA: ___/____/2009 HORÁRIO: ___HS ás :____HS** LOCAL:_____ ENDEREÇO: _____ SALA:_____ _____ Assinatura do Funcionário	
NOME DO CANDIDATO EM LETRA DE FORMA	