



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**

**DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA –  
CCS UFES  
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PROFESSOR  
VOLUNTÁRIO**

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CART. IDENT: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXP: \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_

**INSCRIÇÃO**

ÁREA: \_\_\_\_\_

SUBÁREA: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

CENTRO: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO PERMANENTE**

RUA/Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ U.F.: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**TERMO DE COMPROMISSO**

**DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM TODAS AS NORMAS DO PROCESSO SELETIVO, CONFORME RESOLUÇÕES Nº 085-A/2016 CCS; 26/1999-CUn/UFES E Nº 41/2011 CEPE/UFES, COMPROMETENDO-ME A COMPROVAR O ATENDIMENTO A TODOS OS REQUISITOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO CONFORME ESTABELECIDO NO EDITAL Nº 01/2023 DCM/CCS.**

Vitória/ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**