



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

CONCURSO PARA CONTRATAÇÃO DE 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 CONCURSO, CONFORME RESOLUÇÃO Nº 26/1999-CUn/UFES E RESOLUÇÃO Nº 03/2021 CEPE/UFES, COMPROMETENDO-ME A COMPROVAR O ATENDIMENTO A TODOS OS REQUISITOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO CONFORME ESTABELECIDO NO EDITAL PUBLICADO EM WWW.CCS.UFES.BR NA DATA DE 23/02/2023.

VTA/ES, ____ de _____ de 2023.

Assinatura