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 RESOLUÇÕES Nº 085-A/2016 CCS; 26/1999-CUn/UFES E RESOLUÇÃO Nº 03/2021 CEPE/UFES, COMPROMETENDO-ME A COMPROVAR O ATENDIMENTO A TODOS OSREQUISITOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO CONFORME ESTABELECIDO NO EDITAL PUBLICADO EM WWW.CCS.UFES.BR NA DATA DE 24/04/2023.

VTA/ES,_____de_____de 2023.

_____
Assinatura