

**ANEXO I PSS SESAU Nº 002/2024 - FARMACÊUTICO****FICHA DE INSCRIÇÃO E FORMULÁRIO DE PROVA DE TÍTULOS**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
<b>Cargo pretendido:</b>	
<b>Nome completo:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Naturalidade:</b>	
<b>Nacionalidade:</b>	
<b>Estado Civil:</b>	
<b>Endereço atual:</b>	
<b>Telefones de contato:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>DOCUMENTAÇÃO</b>	
<b>RG:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Certificado de Reservista (quando do sexo masculino):</b>	
<b>Número do Conselho de Classe - PR:</b>	
<b>GRADUAÇÃO</b>	
<b>Local:</b>	
<b>Curso:</b>	
<b>Ano de conclusão:</b>	
<b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>	
<b>1) Local:</b>	
<b>Data admissão:</b>	
<b>Cargo ou função:</b>	
<b>Tempo de serviço:</b>	
<b>2) Local:</b>	
<b>Data admissão:</b>	
<b>Cargo ou função:</b>	

<b>Tempo de serviço:</b>
<b>3) Local:</b>
<b>Data admissão:</b>
<b>Cargo ou função:</b>
<b>Tempo de serviço:</b>
<b>4) Local:</b>
<b>Data admissão:</b>
<b>Cargo ou função:</b>
<b>Tempo de serviço:</b>
<b>PÓS-GRADUAÇÃO (especialização/mestrado/doutorado)</b>
<b>Curso:</b>
<b>Data de conclusão:</b>
<b>Curso:</b>
<b>Data de conclusão:</b>
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>
<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b>
Eu, _____ CPF: _____,
declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro.
_____
<b>Assinatura do(a) candidato(a)</b>