



SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO

FOTO

Cargo*

Técnico Especializado Enfermeiro (Sesc Saúde Mulher)

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

NOME

ENDEREÇO

BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP	PAÍS
DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE 1	TELEFONE 2	TELEFONE 3	
NATURALIDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	E-MAIL	

DOCUMENTAÇÃO

RG:	CPF:
-----	------

FORMAÇÃO EDUCACIONAL

ESCOLARIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito não ser parente até terceiro grau civil (afim ou consanguíneo) do Presidente, ou dos membros, efetivos e suplentes, do Conselho Nacional e do Conselho Fiscal ou dos Conselhos Regionais do Sesc ou do Senac, bem como de dirigentes de entidades sindicais ou civis, do comércio, patronais ou de empregados. Declaro ainda não ser parente de servidores dos órgãos do Sesc ou do Senac. Responsabilizo-me civil e penalmente pela veracidade das informações descritas neste formulário.

Capítulo X, art. 44 da Legislação do Sesc, aprovado pelo Decreto 61.836/67).

São Luís do Maranhão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?

SIM () NÃO () QUAL? _____

Decreto n°. 3.298/1999, Artigo 4°.

São Luís do Maranhão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

* Todas as informações solicitadas serão utilizadas apenas para fins de inscrição no processo seletivo.