



SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO

Cargo: PSO – Auxiliar de Saúde Bucal

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

NOME

TELEFONE 1

TELEFONE 2

E-MAIL

FORMAÇÃO EDUCACIONAL

ESCOLARIDADE

DECLARAÇÕES

Declaro para os devidos fins de direito não ser parente até o 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. A proibição é extensiva, nas mesmas condições, aos parentes de funcionários dos órgãos do Sesc ou do Senac. (Capítulo X, art. 44 da Legislação do Sesc, aprovado pelo Decreto 61.836/67).

São Luís/MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?

SIM () NÃO () QUAL? _____

NECESSITA DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO?

SIM () NÃO () QUAL? _____

São Luís/MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

Em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que tem como finalidade proteger os direitos fundamentais de liberdade, de intimidade, de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, este documento tem por objetivo registrar o consentimento livre, informado e inequívoco do(a) titular para o tratamento de seus dados pessoais, com a finalidade única e exclusiva de realizar ações relacionadas ao recebimento de currículo, análise e avaliação de perfil profissional, participação em processos seletivos e eventual convocação para compor o quadro de empregados do Serviço Social do Comércio – Sesc.

São Luís/MA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

* Por favor, mantenha a ficha de inscrição no formato original, sem alterações, e garanta que o texto permaneça em uma única página.
* Colocar a data e assinar as três declarações.