

# ANEXO II

## MODELO DE FICHA INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO

FOTO  
3X4

**PROCESSO SELETIVO AO CURSO DE OPERADOR DE SUPOPTE  
MÉDICO (CFOSM/2021) DA CIOPAER-CE**

Nº INSCRIÇÃO		DATA DA INSCRIÇÃO	RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO (NOME/POSTO/GRADUAÇÃO/MATRÍCULA)		RUBRICA DO RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO
CONCORRÊNCIA					
( ) AMPLA CONCORRÊNCIA			( ) PROFISSIONAL DE ORG. COIRMÁS /OUTRAS UNID. DA FEDER.		
DADOS PESSOAIS					
NOME			Matrícula*	CPF:	
				UNIDADE DE ORIGEM	
SEXO		REGISTRO GERAL	ORGÃO EXPEDIDOR		
( ) M	( ) F				
DATA DE NASCIMENTO		Função	NATURALIDADE		
		( ) Médico	( ) Enfermeiro		
Nº do conselho profissional:		FONE CELULAR E RESIDENCIAL	FONE TRABALHO		
E-MAIL		CONTATO PARA EMERGÊNCIAS (NOME, PARENTESCO E TELEFONE)			

**\*Apenas para servidores públicos**

SENHOR COORDENADOR DA CIOPAER-CE, requero minha inscrição no Processo Seletivo para admissão ao Curso de Formação de Operador de Suporte Médico (CFOSM/2021), declarando que preencho todas as condições exigidas no Edital nº02/2021 – CIOPAER, de abertura das inscrições, com as quais estou de pleno e irrestrito acordo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO N.º:</b>		
--------------------------------------	--	--

NOME		
CONCORRÊNCIA		
<input type="checkbox"/> AMPLA CONCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> PROFISSIONAL DE ORG. COIRMÁS /OUTRAS UNID. DA FEDER.	
Função	MATRÍCULA*	RG
DATA	ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO	