



ESTADO DE GOIÁS

Prefeitura Municipal de São Simão

ANEXO I

MODELO DE CURRICULUM VITAE

CURRICULUM VITAE

Nome:		
Endereço:		
Telefone ()	Idade:	Estado Civil:
E-mail:		
Cargo Pretendido:		

FORMAÇÃO ACADÊMICA

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
(Período – descrição contendo nome da empresa, cargo exercido e atividades)

QUALIDADES E ATIVIDADES COMPLEMENTARES
(Descrição de Cursos, Qualificação ou Atividade Relevante)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS



ESTADO DE GOIÁS
Prefeitura Municipal de São Simão

ANEXO II

MODELO DE FORMULÁRIO PARA RECURSO (01 recurso por formulário)

_____, de _____ de 2017.

À Comissão Fiscalizadora de PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
Prefeitura Municipal de São Simão – GO
Ref: Recurso Administrativo –PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N°001/2017

Prezados Senhores,

Eu, _____,
candidato (a) ao emprego de _____ CI
n° _____, inscrito sob n° _____ no PROCESSO
SELETIVO SIMPLIFICADO desta Prefeitura, venho através deste solicitar:

_____.

Atenciosamente,

(assinatura do candidato)



ESTADO DE GOIÁS
Prefeitura Municipal de São Simão

ANEXO III

**FICHA DE INSCRIÇÃO DO EDITAL PARA PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO Nº001/2017**

Nº da inscrição: ____/2017		Data da inscrição: ____/____/2017	
Nome do Candidato:			
Pessoas com deficiência: Sim () Não ()		/ Cargo pleiteado:	
Data Nascimento: ____/____/____		Sexo: Masc. () Fem. () Idade:	
Endereço:			
Telefones: Residencial ()		Celular: ()	
e-mail:			
Estado Civil: Solteiro ()		Casado () viúvo () Divorciado ()	
Documento obrigatórios:			
() Carteira de Identidade		() Comprovante de residência	
() Título de eleitor		() Comprovante de Escolaridade	
() Comprovante de quitação eleitoral		() Carteira de Órgão de classe	
() CPF		() Declaração de não acumulo de vínculos	
() PIS – PASEP - NIT		() Curriculum	
() Certificado de Reservista (apenas para o sexo masculino)			
Assinatura do Responsável pela Inscrição			

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO EDITAL PARA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N. 001/2014			
Nº da inscrição: ____/2014		Data da inscrição: ____/____/2017	
Nome do Candidato:		Pessoa com deficiência: Sim () Não ()	
Data Nascimento: ____/____/____		Sexo: Masc.() Fem.()	
Cargo pleiteado:		Categoria Profissional:	
Localidade para atuação: Zona Urbana () Zona Rural () Distrito de Itaguaçu ()			
Assinatura do Responsável pela Inscrição			