**ANEXO I A QUE SE REFERE O EDITAL Nº \_\_\_\_/2024 – [NOME DA ESCOLA]**

**SELEÇÃO PÚBLICA DE PROFESSORES PARA ATENDER NECESSIDADES TEMPORÁRIAS DAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE ENSINO**

**Formulário da Solicitação de Inscrição**

FICHA DE INSCRIÇÃO N°\_\_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Social[[1]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito atendimento pelo Nome Social: ( ) Sim ( ) Não

N° Documento de Identificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato Telefônico 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contato Telefônico 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É Pessoa com Deficiência? ( ) Não ( ) Sim

Em caso afirmativo entregar Laudo Médico de acordo com o Edital.

**ANEXAR:**

a) Cópia do documento de Identificação com foto;

b) Cópia do CPF;

c) Cópia do comprovante de endereço;

d) Cópia do Laudo Médico (candidato PcD - autenticada ou validada pelo responsável pelo recebido da inscrição)

**OPÇÃO DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO:**

Disciplina(s) de acordo com habilitação do candidato e das carências oferecidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A pessoa travesti ou transexual (pessoa que se identifica e quer ser reconhecida socialmente, em consonância com sua identidade de gênero) que desejar atendimento pelo NOME SOCIAL poderá solicitá-lo na ficha de Inscrição e preencher o Nome Social no espaço destinado [↑](#footnote-ref-2)