



ANEXO I – Formulário de Inscrição

VAGA – Marque a opção que deseja concorrer

• Ampla concorrência - AC	()
• Servidores da Secretaria das Cidades do Estado do Ceará	()
• Negros - pretos e pardos; indígenas e quilombolas - PPIQ	()
• Pessoa com deficiência - PCD	()

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Sexo: _____

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Não declarado

Portador de Necessidades Especiais: () Sim () Não

CPF: _____ RG: _____ EXP: _____ Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____ End.Res: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Empresa em que Trabalha: _____

Cargo que Exerce: _____

Tempo de Serviço: _____

Fone p/ Contato: _____ Fax: _____

FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

1. Graduação Obtida: _____

Instituição: _____ Data de Conclusão: _____

2. Graduação Obtida: _____

Instituição: _____ Data de Conclusão: _____

1. Pós - Graduação Obtida: _____

Instituição: _____ Data de Conclusão: _____

2. Pós - Graduação Obtida: _____

Instituição: _____ Data de Conclusão: _____



REQUERIMENTO DE CONDIÇÃO ESPECIAL

() Sim Não ()

Justificativa: _____

Assinatura do candidato: _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____