



PREFEITURA DE SÃO CRISTÓVÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO		
1. IDENTIFICAÇÃO	Nº DE INSCRIÇÃO	
*NOME:		
*CPF:	*RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR:	*DATA DE EXPEDIÇÃO:
Nome da Mãe:		
PIS:	CTPS (Carteira de Trabalho):	SÉRIE:
*TÍTULO ELEITORAL:	*ZONA:	*SEÇÃO:
NÚMERO DE CERTIFICADO DE RESERVISTA:		
*ENDEREÇO:		
*BAIRRO:	*TELEFONE:	*CEP
*CIDADE:	*E-MAIL:	
CARGO A CONCORRER:		
<input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Motorista de Transporte Escolar		
Documentos anexados (marcar apenas os documentos anexados ao formulário de inscrição):		
<input type="checkbox"/> Comprovante de escolaridade		
<input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação na categoria B, D ou E		
<input type="checkbox"/> Documento válido, emitido por órgão oficial, que comprove inexistência de infrações que desclassifiquem o candidato.		
<input type="checkbox"/> Certificado válido de realização do curso de condutor de transporte escolar para o cargo de motorista de transporte escolar.		
<input type="checkbox"/> Declaração Negativa de Acumulação de Cargo Público com Órgão da Administração Direta e Indireta, observadas as disposições contidas no art. 37, incisos XVI e XVII, todos da Constituição Federal (formulário emitido pelo Município a ser assinado no ato de entrega dos demais documentos).		
<input type="checkbox"/> Comprovante de experiência profissional		
<input type="checkbox"/> Certificados de cursos de capacitação profissional referentes a transporte escolar ou de passageiros para o cargo de Motorista.		
<input type="checkbox"/> Certificados de cursos de capacitação profissional referentes a transporte escolar ou de passageiros (exceto o estabelecido no Quadro I – curso de condução de transporte escolar, conforme determinação do Código de Trânsito Brasileiro) para o cargo de Motorista de Transporte Escolar.		
<input type="checkbox"/> Certificado do curso de Direção Defensiva		
<input type="checkbox"/> Certificado do curso de Primeiros Socorros		
DESEJA CONCORRER ÀS VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?	SIM	NÃO
DESEJA CONCORRER ÀS VAGAS DE PESSOAS AFRODESCENDENTES?	SIM	NÃO

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
NOME: _____	
DATA: ____/____/____	
CARGO: <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> MOTORISTA DE TRANSPORTE ESCOLAR	
_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO	