

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/2022
EDITAL N.º 01/2022**7ª CONVOCAÇÃO**
DE 28 DE MARÇO DE 2023

1. A Prefeitura Municipal de São Cristóvão, por meio da Secretaria Municipal de Educação – SEMED, **CONVOCA PARA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**, os candidatos abaixo classificados no Processo Seletivo Simplificado – PSS, Edital nº 01/2022, para suprir demandas da rede municipal de ensino, por meio de contratação em caráter temporário, a comparecerem na Secretaria Municipal de Educação, localizada na Rua Messias Prado, nº 79 – São Cristóvão/SE, no período de **28 de março a 03 de abril 2023, das 09 às 13 horas, munidos dos documentos listados no Anexo I.** (em caso de recair em feriado ou ponto facultativo, o primeiro dia útil subsequente será a data válida).
2. De acordo com o item 2.1. do Edital N.º 01 de 22 de maio de 2022, este procedimento de seleção não implica direito à contratação do profissional, ficando esta contratação condicionada às necessidades da SEMED/SC.

MOTORISTA		
VAGAS DESTINADAS A CANDIDATO(A) AFRODESCENDENTE		
NOME	PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
GILMAR SANTOS	9	6º

Gabinete da Secretária Municipal da Educação em São Cristóvão, em 28 de março de 2023.

DEISE MARIA BARROSO
Secretária Municipal de Educação

ANEXO I
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/2022
EDITAL N.º 01/2022

7ª CONVOCAÇÃO
DE 28 DE MARÇO DE 2023

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO

- Cédula de Identidade ou documento oficial com foto (CNH/profissional/passaporte);
- Carteira Nacional de Habilitação – CNH (Categoria B para o cargo de Motorista, Categoria D ou E para o cargo de Motorista de Transporte Escolar
- Cadastro de Pessoa Física - CPF;
- Comprovante de Inscrição no PIS/PASEP;
- Carteira de trabalho, página da foto e do verso;
- Comprovante de residência;
- Título de Eleitor e último comprovante de votação ou justificativa;
- Certificado de Reservista ou outro documento que comprove a quitação das obrigações militares, se do sexo masculino;
- Certidão de Casamento, se casado (a);
- Certificado válido de realização do curso de condutor de transporte escolar para o cargo de motorista de transporte escolar;
- Documento válido, emitido por órgão oficial, que comprove inexistência de infrações que desclassifiquem o candidato;
- Comprovante válido de exame toxicológico para o cargo de motorista de transporte escolar;
- 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 é emitido pelo Município de São Cristóvão, devendo ser assinado no ato de entrega da documentação);
- Declaração Negativa de contrato temporário (formulário é emitido pelo Município de São Cristóvão, devendo ser assinado no ato de entrega da documentação);
- 02(duas) fotos atuais, tamanho 3X4;
- No caso de candidato de nacionalidade portuguesa, documento comprobatório da igualdade de direitos e obrigações;
- Candidato de outra nacionalidade, documento comprobatório de nacionalização;
- Atestado Estadual de Antecedentes Criminais: <http://antecedentes.ssp.se.gov.br/antecedentes/>
- Atestado Federal de Antecedentes Criminais;
<https://antecedentes.dpf.gov.br/antecedentes-criminais/certidao>
- Certidão Negativa do Estado
<https://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/certidao-online/solicitacao-de-certidao-negativa>
- Certidão Negativa Criminal, Cível e Penal <https://consulta2.jfse.jus.br/certidao-negativa/emissao-certidao.aspx>
(A emissão do Atestado e das Certidões devem ser do Estado em que o candidato teve domicílio nos últimos 05 (cinco) anos;)
- Diploma ou certificado de conclusão de curso do cargo pretendido;
- Cartão do Banco Corrente ou Poupança, exceto conta Fácil e Poupança BANESE.
- Atestado Médico comprovando gozar de boa saúde física e mental, e não ser portador de deficiência incompatível com o exercício do emprego ou função a desempenhar;
- Comprovante de Vacinação contra COVID-19;
- PCD (pessoa com deficiência) juntar Laudo Médico (original e cópia), emitido nos últimos 12 (doze) meses, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bom como a provável causa da deficiência, contendo a assinatura e carimbo do médico com o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).

NOME: _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____