



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000  
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31  
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 057/2021  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado

Nº inscrição

Eu \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_, data  
de emissão \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_,  
residente no endereço \_\_\_\_\_, no  
Município de \_\_\_\_\_, Estado do \_\_\_\_\_, que  
esta subscreve, venho solicitar minha inscrição no Processo Seletivo Simplificado para  
concorrer a função de \_\_\_\_\_, conforme consta no Edital nº  
057/2021.

E declaro estar ciente das condições do presente Processo de Seleção Simplificado e aceitá-las.

Declaro ainda, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações por mim prestadas.

Telefone para contato \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Observação:**

Conforme item 4.2 do Edital nº 057/2021 "Não caberá à Comissão do Processo Seletivo Simplificado a conferência de documentos durante o processo de inscrições, será de inteira responsabilidade do candidato a conferência e entrega de sua documentação".

Morrinhos do Sul, RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000  
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31  
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

**CURRÍCULO PARA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA  
FUNÇÕES DE SUPERIOR COMPLETO**

**Função: NUTRICIONISTA**

<b>1. FORMAÇÃO ACADÊMICA / PÓS</b>
1.1 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
1.2 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
1.3 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
1.4 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
<b>2. CURSOS (Seminários, Congressos, Treinamentos....)</b>
<b>2.1 Seminários, congressos, treinamentos na área pretendida com carga horária no mínimo 20 horas e no máximo de 39 horas:</b>
2.1.1 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.2 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000  
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31  
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.3 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.4 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.5 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
<b>3. CURSOS (Seminários, Congressos, Treinamentos....)</b>
<b>3.1 Seminários, congressos, treinamentos na área pretendida com carga horária no mínima de 40 horas:</b>
3.1.1 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3.1.2 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3.1.3 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000  
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31  
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

Data de início: _____	Data da conclusão: _____
3.1.4 Curso / área:	
Instituição de Ensino:	
Carga horária:	
Data de início: _____	Data da conclusão: _____
3.1.5 Curso / área:	
Instituição de Ensino:	
Carga horária:	
Data de início: _____	Data da conclusão: _____
<b>4. Experiência em Serviço de Saúde na rede Pública Municipal com comprovação:</b>	
4.1. Número de meses:	
<b>5. Experiência na rede de Saúde Privada ou Pública de outro órgão, com comprovação:</b>	
5.1. Número de meses:	
<b>6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:</b>	

Morrinhos do Sul, em \_\_\_\_\_ de junho de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)