**FICHA DE INSCRIÇÃO – CLASSE HOSPITALAR**

NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONES DE CONTATO: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE:

( ) – Portador de diploma de Licenciatura Plena em Pedagogia, com habilitação para o magistério, acompanhado de certificado de curso de especialização em Pedagogia Hospitalar.

( ) - Portador de diploma de Licenciatura Plena em qualquer disciplina, acompanhado de certificado de curso de especialização em Pedagogia Hospitalar.

( ) - Portador de diploma de Licenciatura Plena em Pedagogia, com habilitação para o magistério, acompanhado de certificado de curso de atualização em Pedagogia Hospitalar de, no mínimo, 60 (sessenta) horas.

( ) - Portador de diploma de Licenciatura Plena em qualquer disciplina, acompanhado de certificado de curso de atualização em Pedagogia Hospitalar de, no mínimo, 60 (sessenta) horas.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

 **PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO**

NOME DO CANDIDATO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO