



Estado da Paraíba

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARABIRA
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Anexo-IV
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

NOME: _____ Nº da Inscrição: ____/2025
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____
RG Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: ____ UF: ____ CPF: _____
ENDEREÇO (RUA): _____ Nº ____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: ____
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA: _____
TELEFONE: () _____ - _____ E-MAIL: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES PARA INSCRIÇÃO

- () Carteira de Identidade / CPF (cópia simples);
- () Comprovante de Residência atualizado nos últimos três meses;
- () Comprovante (s) de Experiência Profissional, nos termos do item 3.6.2.1.;
- () Certificados de Escolaridade e Cursos de Capacitação;
- () Atestado ou Laudo Médico Comprovando a Deficiência para Vaga PCD.

DECLARAÇÃO

() Li e declaro sob as penas da lei, estar ciente das exigências e normas estabelecidas neste processo seletivo simplificado e estou de acordo com as normas, bem como possuir os requisitos para o provimento do cargo/função e estou em condições de apresentar os documentos comprobatórios.

Guarabira/PB, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do (a) Candidato (a)

PROTOCÓLO DE INSCRIÇÃO

NOME: _____ Nº DA INSCRIÇÃO: ____/2025
RG: Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR: ____ UF: ____ CPF: _____
CARGO/FUNÇÃO PRETENDIDA: _____
Guarabira/PB, ____/____/2025

Assinatura do Servidor – Recebedor

Matrícula nº: _____