



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2021**

Nome do Candidato:

Sexo: ( ) M ( ) F

Data de nascimento:

RG:

CPF:

PIS:

Nome da mãe:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone residencial:

Telefone celular:

E-mail:

1. Nacionalidade brasileira: ( ) Sim ( ) Não

2. Quite com as obrigações eleitorais ( ) Sim ( ) Não

3. Quite com as obrigações militares (sexo masculino): ( ) Sim ( ) Não

4. Possui antecedentes criminais nos últimos cinco anos: ( ) Sim ( ) Não

5. Pertence a grupo de risco da COVID-19 (item 1.7, "h" do Edital): ( ) Sim ( ) Não

6. Cópia legível da carteira de Identidade e CPF: ( ) Sim ( ) Não

7. Cópia legível (frente e verso) do diploma de conclusão de nível médico e/ou técnico ou de maior titulação: ( ) Sim ( ) Não

8. Cópia do comprovante de residência, de um dos últimos três meses.

**Informações Adicionais:**

1. O candidato é responsável pela exatidão e veracidade das informações prestadas no requerimento de inscrição, arcando com as consequências de eventuais erros e/ou do não preenchimento de qualquer campo;

2. A inscrição no processo seletivo implica, desde logo, o reconhecimento e a tácita aceitação, pelo candidato, das condições estabelecidas no Edital;

3. Não será admitida, sob nenhuma hipótese, complementação documental depois de enviada a inscrição.

**Assinatura**