**ANEXO I AO EDITAL n. 1/2015**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SAD/SEDHAST**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | NÚMERO | | | | | |
| Nome do Candidato | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data de Nascimento | | | | | | | | Sexo | | Documento de Identidade | | | | | | | | | | | | | |
| Dia | | Mês | | Ano | | | | M | F | Número | | | | | | | | | | | | Org. Exp. | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CPF | | | | | | | | | | | Telefone celular | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rua, Avenida, n., Apto, Bloco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bairro | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Município | | | | | | | | | | | UF | | DDD | | | Telefone Residencial | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Possui Conta Bancária no Banco do Brasil? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agência | |  |  |  |  |  |  |  |  | n. conta | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CIDADE E FUNÇÃO PRETENDIDA**   |  |  | | --- | --- | | Cidade | ( ) Campo Grande ( ) Dourados ( ) Três Lagoas | | Função:  **somente uma das funções** | (\_)Coordenador (\_)Psicólogo (\_)Terapeuta Ocupacional (\_)Cuidador (\_)Trabalhador doméstico  (\_) Motorista | | Período:  **SOMENTE CUIDADOR** | ( ) Diurno ( ) Noturno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que aceito as condições descritas no Edital que rege este processo seletivo e, se convocado para contratação, que apresentarei todos os documentos comprobatórios dos requisitos pessoais, de escolaridade e profissionais para assinar o contrato.  Campo Grande, de de 2015.    ASSINATURA DO CANDIDATO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO PROCESSO SELETIVO | |
| NOME DO CANDIDATO: | |
| FUNÇÃO: | |
| QUANTIDADE DE FOLHAS ENTREGUES: | |
| INFORMAÇÕES PELO TELEFONE: | ASSINATURA RECEPÇÃO |

**ANEXO II AO EDITAL n. 1/2015**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SAD/SEDHAST**

**MODELO DE CURRICULUM VITAE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | |  | |
| Função pretendida:  **somente uma das funções** | | (\_)Coordenador (\_)Psicólogo (\_)Terapeuta Ocupacional (\_)Cuidador (\_)Trabalhador doméstico  (\_) Motorista | |
| Período | | ( ) Diurno ( ) Noturno | |
| Cidade (**optar somente por um município**) | | ( ) Campo Grande ( ) Dourados ( ) Três Lagoas | |
| RG: | | | CPF: |
| Endereço: | | | |
| Telefone: ( ) e-mail: | | | |
| Experiência (informar períodos, empregadores e cargos/funções).  Últimos 2 anos |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Formação Escolar (informar instituições de ensino, ano da conclusão e o curso e área de habilitação) |  | | |
| Cursos de Capacitação - últimos 5 anos |  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens de Avaliação** | **Pontuação** | |
| **Unitária** | **Máxima** |
| Certificado e/ou declaração de conclusão de Escolaridade acima do exigido no item 3.1 | 1 | 2 |
| Comprovante de Experiência na área de atenção às pessoas com deficiência | 2 | 10 |
| Comprovante de experiência profissional como cuidador (preferencialmente no atendimento a pessoas com deficiência). | 2 | 10 |
| Comprovante de experiência profissional como auxiliar de cuidador (preferencialmente no atendimento a pessoa com deficiência). | 2 | 10 |
| Comprovante de participação em eventos de capacitação profissional, na área de atuação da função que concorre, com carga horária de 40 horas, realizados nos três últimos anos. | 2 | 10 |
| **Total** | | **42** |