



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

FICHA DE INSCRIÇÃO

CONCURSO PÚBLICO PARA INSTITUTO.....

EDITAL E INSTRUÇÕES ESPECIAIS no. - CCP publicados no Diário Oficial do Estado de/...../.....

NOME

ENDEREÇO No.

COMPLEMENTO BAIRRO CEP

CIDADE UF TELEFONE CELULAR

IDADE DATA DE NASCIMENTO/...../..... LOCAL UF

NACIONALIDADE ESTADO CIVIL No. DE FILHOS

RG no. CPF no. CARTEIRA DO CONSELHO no.

GRAU DE ESCOLARIDADE ANO DE CONCLUSÃO

FACULDADE/ESCOLA/CURSO.....

É FUNCIONÁRIO DO HCFMUSP? () SIM () NÃO SE NÃO, JÁ FOI FUNCIONÁRIO DO HCFMUSP? () SIM () NÃO

SE SIM, EM QUAL FUNÇÃO? DATA ADMISSÃO/...../..... MATRÍCULA

FILIAÇÃO: PAI

MÃE

NOME DO CONJUGE

() **DECLARO**, que estou ciente do Edital e Instruções Especiais; que as informações acima são verídicas e, qualquer alteração de endereço ou telefone deverá ser comunicada ao Serviço de Recrutamento, Seleção e Movimentação de Pessoal da Divisão de Recursos Humanos e, que sou possuidor dos documentos constantes no item 5 das instruções especiais que regem o Concurso Público para a função do Quadro de Servidores do Hospital das Clínicas da FMUSP.

() **DECLARO, QUE SOU PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**, conforme atestado médico que anexo a presente, e que () não necessito () necessito das seguintes condições especiais para submeter-me às provas:

INSTRUÇÕES

- **preencher ficha de inscrição** que deverá ser extraída do site <http://www.hcnet.usp.br>. O preenchimento, a data e a assinatura devem ser sem rasuras, de forma legível, correta e completa, utilizando caneta esferográfica azul ou preta. Não será aceita cópia xerográfica de ficha de inscrição já preenchida.
- **grapear na ficha de inscrição original**:
 - original do comprovante de depósito bancário individual para cada inscrição efetuado a favor da Agência 01330-7 - Conta 13000007-3 referente a taxa de inscrição: **R\$ 9,03** quando exigida a escolaridade de nível fundamental; **R\$ 36,12** quando exigida a escolaridade de nível médio e **R\$ 54,19** quando exigida a escolaridade de nível universitário. Esse depósito deverá ser efetuado em qualquer Agência da Nossa Caixa S.A. de preferência próxima à residência do candidato exceto nas agências Clovis Bevilacqua, Matriz, Secretaria da Saúde e as localizadas em Fórum;
 - original do Atestado Médico declarando o tipo e o grau da deficiência se o candidato declarar-se portador de deficiência;
 - cópias de: Cédula de Identidade ou protocolo de solicitação, Certificado ou Diploma de conclusão da escolaridade, curso de especialização ou capacitação, comprovante de experiência na função quando exigidos nas Instruções Especiais, Cédula de Identidade do Conselho Regional ou da franquía provisória dentro do prazo de validade exigida para o exercício da função pleiteada;
 - comprovantes comprobatórios necessários à concessão da redução de 50% da taxa de inscrição, conforme Lei Estadual 12.782, de 20/12/2007;
 - comprovante comprobatório necessário à isenção da taxa de inscrição, conforme Lei Estadual 12.147 de 12/12/2005;
- **colocar a ficha de inscrição e documentos grapeados dentro de envelope** e enviar pelo correio, CARTA REGISTRADA + AVISO DE RECEBIMENTO (AR), para o seguinte endereço: Serviço de Recrutamento, Seleção e Movimentação de Pessoal da Divisão de Recursos Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, 225 – 1º. andar – Prédio da Administração – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP 05403-010.
- Não serão aceitas inscrições por telegrama, fac-símile (original ou cópia), internet e outras formas.

CIÊNCIA

- **o CANDIDATO TERÁ SUA INSCRIÇÃO INDEFERIDA SE**: não constar assinatura na ficha de inscrição, não for brasileiro nato ou naturalizado, não possuir idade mínima de 18 anos até o último dia de inscrição e também, **NA FALTA DE**: comprovante original de depósito bancário, valor da taxa de inscrição correspondente à função, pagamento da taxa de inscrição dentro do período de inscrição, documentos comprobatórios necessários à concessão da redução da taxa de inscrição, bem como, valor do depósito bancário correspondente ao valor da taxa reduzida, postagem do envio da ficha de inscrição – CARTA REGISTRADA + AVISO DE RECEBIMENTO (AR) dentro do período de inscrição, cópia do Certificado ou Diploma de conclusão da escolaridade, curso de especialização ou capacitação, comprovante de experiência na função quando exigidos nas Instruções Especiais e cópia da Cédula de Identidade do Conselho Regional ou da franquía provisória dentro do prazo de validade exigida para o exercício da função pleiteada, documento comprobatório necessário à isenção da taxa de inscrição – Lei Estadual 12.147 de 12/12/2005;
- o portador de deficiência que não apresentar **ATESTADO MÉDICO** declarando o tipo e o grau da deficiência que apresenta não poderá usufruir do que dispõem as Leis Complementares no. 683, de 18/9/1992 e 932 de 08/11/2002;
- a taxa de inscrição, uma vez paga, não será restituída em hipótese alguma;
- o comprovante de inscrição para o concurso público será o comprovante fornecido pelo correio, o AR, e o número de inscrição será o número constante desse AR;
- a data de postagem deverá corresponder ao período de inscrição determinado no Edital e Instruções Especiais;
- a data das provas do concurso público poderá coincidir com a data das provas dos demais concursos abertos para a mesma função-atividade ou outras funções nos diversos Institutos e Divisões do HCFMUSP;
- é de inteira responsabilidade do candidato acompanhar pelo Diário Oficial do Estado ou pela Internet no site <http://www.imesp.com.br> as publicações de todas as etapas referentes a este concurso, não sendo aceita como justificativa de ausência a alegação de desconhecimento ou comparecimento em datas, locais e horários incorretos, uma vez que a comunicação oficial dar-se-á através de publicações no Diário Oficial do Estado.

São Paulo, de de

.....
assinatura do candidato