



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDADES

Rua Castro Alves, 279, centro - Fone/Fax - 049 3334 - 0127.

CEP - 89868-000 – SAUDADES - SC. - CNPJ - 83 021.881/0001-54.

PROCESSO SELETIVO EDITAL Nº 001/2016

PRIMEIRO TERMO DE RETIFICAÇÃO DO EDITAL Nº 001/2016

A CURSIVA Assessoria e Consultoria, no uso de suas atribuições, tornam público, o primeiro termo de Retificação do edital nº 01/2016, conforme segue:

1. Retifica-se integralmente o **ANEXO V** – Formulário para a Prova de Títulos e Tempo de Serviço.
2. Retifica-se parcialmente o **ANEXO VI** – ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO – (Formulário para a isenção da taxa de inscrição – Doadores de sague ou medula óssea).

A nova redação dos itens acima especificados fica assim constituída:

ANEXO V – FORMULÁRIO PARA PROVA DE TÍTULOS

PROCESSO SELETIVO EDITAL Nº 001/2016 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDADES – SC

CANDIDATO: _____

CPF: _____

CARGO (S): _____

Por meio deste venho requerer o recebimento dos títulos abaixo relacionados que declaro serem cópias autênticas dos documentos originais.

	Campos de Preenchimento do Candidato			(a cargo da Banca)	
	Nº de horas	Histórico/Resumo	Pré-Pontuação		
Doutorado / Mestrado					
Pós- Graduação					
Graduação ¹					
Cursos ²					



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDADES

Rua Castro Alves, 279, centro - Fone/Fax - 049 3334 - 0127.

CEP - 89868-000 – SAUDADES - SC. - CNPJ - 83 021.881/0001-54.

¹ (somente será pontuado para o cargo de agente educativo).

² (mínimo 20 horas (cada título))

TEMPO DE SERVIÇO

	INSTITUIÇÃO	DATA INICIAL	DATA FINAL	QUANT. DIAS	EXCLUSIVO DA BANCA
1					
2					
3					
4					

(*) Verificar Grade de Pontuação de Títulos para preenchimento deste formulário. Entregar este formulário em 02 (duas) vias, conforme Edital.

(*) Os títulos deverão estar numerados, conforme a ordem acima descrita.

(*) O candidato que possuir alteração de nome (casamento, separação, etc.) deverá anexar cópia do documento comprobatório da alteração sob pena de não ter pontuados títulos com nome diferente da inscrição e/ou identidade.

Declaro que os documentos apresentados são cópias fiéis dos originais e que quando solicitado deverei apresentar os originais, ciente de que a constatação de qualquer irregularidade implicará em minha exclusão do certame, sem prejuízo das sanções legais.

Saudades, ____/____/____.

Responsável pelo Recebimento

Assinatura do Candidato



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDADES

Rua Castro Alves, 279, centro - Fone/Fax - 049 3334 - 0127.

CEP - 89868-000 – SAUDADES - SC. - CNPJ - 83 021.881/0001-54.

ANEXO VI – ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

FORMULÁRIO PARA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO – DOADORES DE SANGUE OU DE MEDULA ÓSSEA

À CURSIVA Assessoria e Consultoria:

Nome do Candidato (a):	
Número da Inscrição:	
CPF:	RG:
CARGO:	

De acordo com o item que rege as normas de inscrição do Edital do Processo Seletivo **01/2016** do Município de Saudades(SC), embasado na Lei Estadual nº. 10.567, de 07 de novembro de 1997, venho requerer a isenção por enquadrar-me na condição de doador de sangue ou de medula óssea.

Comprovo ter realizado 03 doações de sangue nos últimos 12 meses que antecederam a abertura do presente Edital ou a doação de medula óssea, conforme documento anexo.

DESCRIÇÃO DAS DOAÇÕES	PARECER DA BANCA
	() Deferido () Indeferido
	() Deferido () Indeferido
	() Deferido () Indeferido

Nestes termos pede deferimento.

Saudades (SC), ____ de _____ de _____

Assinatura

As demais disposições do edital permanecem inalteradas.

A nova redação das retificações, acima especificadas, passam a vigorar na data de sua publicação.

Saudades, 15 de dezembro de 2016.