

EDITAL Nº 002/2017 - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Eu, _____,
identidade nº _____, CPF nº _____, nº de
inscrição _____ Telefone _____.

Tipo de solicitação _____

À Comissão Especial,

De acordo com as informações acima fornecidas, solicito:

Assinatura do Candidato

Goiânia, de de 2017.

* Importante:

Este requerimento atende ao previsto no item 6.16.2 do Edital.

O requerimento deverá ser enviado por e-mail, acompanhado da cópia dos documentos que contenham os dados corretos, até 05 (cinco) dias úteis antes da data prevista para a realização da Prova Objetiva.