



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAVILHAS

Avenida Brasil, nº 33, Centro, Maravilhas – MG.
Tel: (37) 3272-1405 - Email: juridico@maravilhas.mg.gov.br
CEP 35.666-000 - CNPJ 18.313.841/0001-14



ANEXO I – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – Edital nº 08/2025 (SUAS)

A pessoa abaixo qualificada vem, respeitosamente, perante a COMISSÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL 08/2025, requerer a sua inscrição para concorrer a uma das vagas, conforme apontado abaixo.

NOME COMPLETO		Nº DE INSCRIÇÃO
NÚMERO DO RG	NÚMERO DO CPF	DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO COMPLETO		
ESTADO CIVIL		
TELEFONE (obrigatório):		
QUESTIONÁRIO (preenchimento obrigatório) a) O(a) candidato(a) é pessoa com deficiência? () NÃO () SIM. b) Se a resposta à pergunta anterior foi SIM, o candidato deseja concorrer às vagas destinadas à pessoa com deficiência? () NÃO () SIM. c) O candidato necessita de condições especiais para a realização da prova? () NÃO () SIM. Se sim, especificar conforme item 4.11 do edital: 		
E-MAIL (OBRIGATÓRIO)	DOADOR(A) DE SANGUE? () Sim () Não	ATUOU COMO JURADO? () Sim () Não
INDIQUE A FUNÇÃO PARA A QUAL DESEJA SE INSCREVER (conforme Anexo III do Edital):		

Maravilhas, ___ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) candidato(a)

PROCESSO SELETIVO DO MUNICÍPIO DE MARAVILHAS – VALE/SUAS –EDITAL 08/2025

Nome do Candidato: _____

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

PROCESSO SELETIVO SUAS – MARAVILHAS – EDITAL 08/2025

NOME: _____ Protocolo nº: _____

Data e Assinatura do Servidor responsável: _____