

Informações Gerais

Cargo: **3131403100 - ENFERMEIRO**
Localidade: **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (HC-UFG)**
Local de Prova: **GO / GOIÂNIA**
Número de inscrição: **0215297-5**

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Informações do Candidato

Nome do candidato: **CLAUDIA CRISTINA DA SILVA** Sexo: **F**
Estado Civil: **Solteiro** Nascimento: **08/08/1977**
Identidade (RG): **3508012 / SSPGO / GO** CPF: **695.652.871-15**

Informações de Endereço

Endereço: **RUA ROSENVAL ALVES DOS SANTOS 01 QD01 LT01** Bairro: **RESIDENCIAL MONTE CARLO** Cidade: **GOIÂNIA / GO**

Informações de Contato

Celular: **(62) 98625-0269** Fixo: E-mail: **ENFCLAUDIACCRISTINA@GMAIL.COM**

Outras informações

Aceito e autorizo o uso dos meus dados pessoais fornecidos neste formulário para tratamento e processamentos inerentes a este concurso, incluindo autorização da publicação, nos atos relativos ao certame, do meu nome, número de inscrição, data de nascimento e notas obtidas no decorrer concurso.

IMPRIMIR COMPROVANTE