



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO**

Cargo

PSO – AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL (CAXIAS)

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

NOME

TELEFONE 1

TELEFONE 2

E-MAIL

FORMAÇÃO EDUCACIONAL

ESCOLARIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito não ser parente até terceiro grau civil (afim ou consanguíneo) do Presidente, ou dos membros, efetivos e suplentes, do Conselho Nacional e do Conselho Fiscal ou dos Conselhos Regionais do Sesc ou do Senac, bem como de dirigentes de entidades sindicais ou civis, do comércio, patronais ou de empregados. Declaro ainda não ser parente de servidores dos órgãos do Sesc ou do Senac. Responsabilizo-me civil e penalmente pela veracidade das informações descritas neste formulário.

Capítulo X, art. 44 da Legislação do Sesc, aprovado pelo Decreto 61.836/67).

São Luís do Maranhão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?

SIM () NÃO () QUAL? _____

Decreto n°. 3.298/1999, Artigo 4°.

São Luís do Maranhão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

Em conformidade com a Lei nº 13.709/18 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), com a finalidade de proteger os direitos fundamentais de liberdade, de intimidade, de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, este documento tem o objetivo de registrar o CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E INEQUÍVOCO, para que seus dados pessoais sejam tratados para a finalidade única e exclusiva de realizar as ações relacionadas ao recebimento de currículo, sua avaliação e seleção, e para eventual recrutamento para participação em processos de admissão para compor o quadro de empregados do Serviço Social do Comércio – Sesc.

São Luís do Maranhão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

* Todas as informações solicitadas serão utilizadas apenas para fins de inscrição no processo seletivo.