

19. Função/ Local de Trabalho

19.1. Marque com um X a função de seu interesse

19.2. Marque com um X o Local de seu interesse (exclusivamente para a função de Apoiador Institucional de Saúde Prisional das Equipes de Atenção Básica)

FUNÇÃO	LOCAL DE TRABALHO
<input type="checkbox"/> GESTOR DE SAÚDE PRISIONAL MONITORAMENTO DOS RECURSOS LOGÍSTICOS, TECNOLÓGICOS E FINANCEIROS	SEDE CEASP
<input type="checkbox"/> GESTOR DE SAÚDE PRISIONAL DE SUPERVISÃO GERAL	
<input type="checkbox"/> GESTOR DE MONITORAMENTO DOS PROCESSOS E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE SAÚDE PRISIONAL DE ACOMPANHAMENTO DAS CONTAS PÚBLICAS	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE SAÚDE PRISIONAL DE FARMÁCIA	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE SAÚDE PRISIONAL DE ARTICULAÇÃO DA REDE SUS	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE SAÚDE PRISIONAL DOS NÚCLEOS DE SAÚDE MENTAL	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE SAÚDE PRISIONAL DE ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE SAÚDE PRISIONAL DE MONITORAMENTO DOS CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	
<input type="checkbox"/> COORDENADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL PRISIONAL DE PROCESSOS E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DE SUPRIMENTOS	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DOS RECURSOS FINANCEIROS	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DOS NÚCLEOS DE SAÚDE MENTAL	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DE UNIDADES PRISIONAIS	
<input type="checkbox"/> APOIADOR INSTITUCIONAL DE SAÚDE PRISIONAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA*	UP-01
	UP-02
	UP-03
	UP-04
	UP-05
	UP-06
	UP-07
	UP-08
	UP-09
	UP-10
	UP-11
UP-12	
UP-13	
UP-14	
UP-15	
UP-16	
UP-17	
UP-18	
UP-19	
UP-20	
UP-21	
<input type="checkbox"/> APOIO TÉCNICO DE SAÚDE PRISIONAL	SEDE CEASP
*Consultar endereços no Quadro 1 do item 2.4.2 deste Edital	

20. Pessoa com deficiência: Visual () Motora () Física ()

DECLARAÇÃO

Declaro que, ao efetivar minha inscrição para o processo de **SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA**, realizado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, tomei conhecimento das normas deste Processo Seletivo o qual concordo plenamente.

Recife, _____ de _____ de 2015.

NOME COMPLETO
ASSINATURA