**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA**

**CURSO DE FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS**

**DADOS PESSOAIS:**

1. **Nome Completo:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
2. **Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino**
3. **CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **RG/ Órgão Expedidor/ Data de Emissão:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Endereço Residencial/ Bairro/ Cidade/ Estado/CEP:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Telefone:** ( )\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **E-mail:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO:**

Declaro, sob as penas da lei, que as informações presadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Estou ciente e concordo com os termos e condições estabelecidos no edital do concurso público e Edital de Convocação publicado dia 10/06/2024, para o Curso de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

**Assinatura do Candidato:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024