

ANEXO 06
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DADOS DO CANDIDATO (Preenchimento obrigatório de todos os campos)		
NOME COMPLETO		
ENDEREÇO (RUA, N°, COMPLEMENTO)		
BAIRRO	CIDADE / ESTADO	CEP
TELEFONE PARA CONTATO	IDENTIDADE / ÓRGÃO EXPEDIDOR	
E-MAIL	CPF	
CARGO	CÓDIGO DO CARGO	NÚMERO DE INSCRIÇÃO

DECLARAMOS, em atendimento a solicitação da parte interessada, que o(a) candidato(a) acima identificado(a), compareceu, no dia, horário e local informados abaixo, para realização de prova objetiva do **PROCESSO SELETIVO 24-2018 HMR-HCP**, sob regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, destinado selecionar candidatos para o preenchimento de vagas do quadro de funcionários do HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE, além de formação de cadastro de reserva para vagas que surgirem durante o prazo de validade do Processo Seletivo.

HORÁRIO	DATA	LOCAL DE PROVA
COORDENADOR DE APLICAÇÃO		

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DO COORDENADOR DE APLICAÇÃO
