

ANEXO II - PEDIDO DE INSCRIÇÃO POR VIA POSTAL

	CONCURSO PÚBLICO PARA ANALISTA JUDICIÁRIO e TÉCNICO JUDICIÁRIO DO TRT/7ª REGIÃO	VALOR DA TAXA ANALISTA - R\$ 58,00 TÉCNICO - R\$ 35,00
---	--	--

NOME DO CANDIDATO (Se necessário, abreviar os nomes intermediários)

Data de Nascimento			Documento de Identidade			
Dia	Mês	Ano	Idade em	Número do Documento	Órgão Expedidor	Estado Emitente
			31/12/2003			
SEXO		CPF		Atenção: É MUITO IMPORTANTE seu CEP estar correto! →		CEP
M	F					
Endereço						
NÚMERO, CASA, PRÉDIO, APARTAMENTO, Etc.				Bairro		
DDD	Telefone	Cidade				Estado

INFORME, OBRIGATORIAMENTE, O CARGO/ÁREA A CUJA(S) VAGA(S) DESEJA CONCORRER:

<input type="checkbox"/> 1 - ANALISTA JUDICIÁRIO/ÁREA JUDICIÁRIA <input type="checkbox"/> 2 - ANALISTA JUDICIÁRIO/ÁREA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> 3 - ANALISTA JUDICIÁRIO/ÁREA ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> 4 - ANALISTA JUDICIÁRIO/ÁREA EXECUÇÃO DE MANDADOS	<input type="checkbox"/> 5 - TÉCNICO JUDICIÁRIO/ÁREA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> 6 - TÉCNICO JUDICIÁRIO/ÁREA SEGURANÇA <input type="checkbox"/> 7 - TÉCNICO JUDICIÁRIO/ÁREA TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 8 - TÉCNICO JUDICIÁRIO/ÁREA TELEFONIA <input type="checkbox"/> 9 - TÉCNICO JUDICIÁRIO/ÁREA VIGILÂNCIA <input type="checkbox"/> 10 - TÉCNICO JUDICIÁRIO/ÁREA APOIO OPERACIONAL
--	--

Se optante pelo cargo de Técnico Judiciário/Área Administrativa, indique, com "X" se deseja concorrer à(s) vaga(s) reservada(s) a portadores de deficiência.		DECLARO estar ciente de que a minha qualificação como deficiente e a compatibilidade da deficiência declarada com as atribuições do cargo dependerão de avaliação de equipe multiprofissional, na forma estabelecida no Edital regulador do concurso (Anexar laudo médico comprobatório, declarando o nome da deficiência, o código CID e a sua provável causa).
<input type="checkbox"/>		

Declaro, sob as penas da lei, que satisfaço às exigências dos atos reguladores do concurso, aceitando todas as regras que lhe são pertinentes.

Local _____, Data ____/____/2003 _____

Assinatura do candidato

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CHEQUE NOMINATIVO CRUZADO, EM FAVOR DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA - ESAF

Para uso da ESAF: devolver este recibo ao candidato, por via postal, juntamente com o Edital.
CONCURSO: TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO/7ª REGIÃO.

RECIBO	Recebi o Formulário de Pedido de Inscrição por via postal.	<u>SE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:</u> Recebi, também, o Atestado Médico comprobatório da deficiência declarada, conforme Edital.
	UF ____ / ____ / ____ Carimbo/Assinatura _____	Carimbo/Assinatura _____