

**ANEXO II- FICHA DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO TEMPORÁRIO**

EDITAL Nº 03/2015/DER-RO

INSCRIÇÃO Nº _____

Opção pelo cargo de:

- () **Coordenador de Infraestrutura Aeroportuária;**
- () **Operador Aeroportuário;**
- () **Gerente de Segurança Aeroportuário;**
- () **Supervisor de Segurança Aeroportuária;**
- () **Operador de Raios-X;**
- () **Agente de Proteção de Aviação Civil/Operador de Raios-X;**
- () **Agente Aeroportuário.**

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____

EMAIL: _____

() Desejo concorrer às vagas destinadas a candidatos com deficiência.

Declaro que estou ciente das presentes instruções e do compromisso de aceitação das condições estabelecidas no Edital de Abertura nº 03/2015/DER-RO, bem como que é necessário realizar a entrega dos títulos previstos no “item 4.” deste Edital para promover a inscrição definitiva.

_____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do candidato)

.....
.....

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO - PROCESSO SELETIVO TEMPORÁRIO

Edital nº 03/2015/DER-RO

INSCRIÇÃO Nº _____

Nome do candidato: _____

Opção pelo cargo de:

- () **Coordenador de Infraestrutura Aeroportuária** () **Operador Aeroportuário** () **Gerente de Segurança Aeroportuário** (
-) Supervisor de Segurança Aeroportuária** () **Operador de Raios-X** () **Agente de Proteção de Aviação Civil/Operador de Raios-X** () **Civil**
- Agente Aeroportuário**

Recebido em: ____ / ____ / _____

É de responsabilidade do candidato a entrega dos documentos comprobatórios.

(Assinatura da Unidade/Órgão receptora)

ANEXO III- FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS E DOCUMENTAÇÃO
(Confirmação de Inscrição)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/DER-RO/2015		INSCRIÇÃO N.
Nome do Candidato (letra de forma): _____		
Data de Nascimento	____/____/____	Idade: _____ Sexo () F () M
RG nº	_____	Orgão Expedidor: _____ CPF nº
Endereço: Número) _____		(Rua _____ e _____
Bairro:	_____	Município: _____
UF	_____	
Telefone:	_____	
Email:	_____	
Cargo	_____	
ITENS DE AVALIAÇÃO		
Especificar o Título	Quantidade	Total de Pontos
TOTAL DE PONTOS ATRIBUÍDO AO CANDIDATO (A) _____		PONTOS

COMPROVANTE DO CANDIDATO (Confirmação de Inscrição - Presencial)

Nº de Inscrição _____

Nome: _____		
Emprego: _____	Local: _____	
Assinatura (a) _____	do	Candidato
Assinatura DER/RO _____	do	Responsável
Quantidade de títulos entregues: _____		
Local e Data: _____, ____/____/2015.		

