



Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe
FICHA DE INSCRIÇÃO – Advogado Dativo

N.º de inscrição: _____ Data _____

Assinatura/carimbo do empregado: _____

1 - NOME.: _____

2 - INSCRIÇÃO OAB.: _____ 3 - EST. CIVIL.: _____ 4 - DATANASC.: _____

5 - FILIAÇÃO: _____

6 - CÔNJUGE: _____

7 - R.G. Nº.: _____ 8 - CPF Nº.: _____

9 - NACIONALIDADE: _____ TÍTULO DE ELEITOR: _____

10- ENDEREÇO (assinale o preferencial para correspondência):

Profissional: _____ Nº _____

Fone: _____


Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Residencial: _____ Nº _____

Fone: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

E-mail: _____

Website: _____ Instagram  : _____

11 - Tem vínculo funcional, contrato de trabalho ou relação de emprego com o serviço público ou entidade privada?

Sim

Não

Em Caso afirmativo:

12 - Nome do órgão, entidade ou empresa: _____

13 - Natureza jurídica e vinculação ao poder público: _____

14- Nome do cargo, função, emprego ou mandato: _____

15 - Descrição das atividades exercidas em função do vínculo: _____

16 – INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO: _____

17 - TELEFONES: _____

Declaro atender aos critérios previstos na Cláusula Quarta do edital e não ser empregado do CREMESP nem tão pouco parente de primeiro ou segundo grau em linha reta ou colateral de empregado ou conselheiro do CREMESP

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de 20 _____

ASSINATURA