

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP/CE
CENTRO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE – CERES

PROCESSO SELETIVO NA MODALIDADE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E
UNIPROFISSIONAL – 2017

EDITAL N.º 49/2016

ANEXO XI – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE USO DO NOME SOCIAL

NOME DO PARTICIPANTE: _____

NOME SOCIAL DO PARTICIPANTE: _____

CPF _____ Nº DE INSCRIÇÃO: _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

Argumentação do participante com letra legível.

(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza/CE, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Participante

PARTICIPANTE travesti ou transexual (pessoa que se identifica e quer ser reconhecida socialmente, em consonância com sua identidade de gênero), em conformidade com o Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016.

O formulário preenchido e assinado, acompanhado da cópia autenticada do documento oficial de identidade do PARTICIPANTE, deverá ser entregue, conforme Anexo III – Calendário de atividades.