



Secretaria de Estado de Saúde
Fundação Saúde

ANEXO II

FORMULÁRIO DO CANDIDATO SUPLENTE REPRESENTANTE DOS EMPREGADOS DO CONSELHO CURADOR DA FUNDAÇÃO SAÚDE

NOME:

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

ESTADO:

ENDEREÇO COMPLETO:

CELULAR:

E-MAIL:

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

CARGO:

ID FUNCIONAL:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Rua Barão de Itapagipe, n° 225,
Rio Comprido, Rio de Janeiro – RJ – Brasil – CEP: 20261-005
Tel.: 55 (21) 2334-5010 | www.fundacaosaude.rj.gov.br