



ATESTADO DE APTIDÃO		
Função Pública de Auxiliar de Serviços Escolares		
Nome:		
CPF:	Classificação nº:	Edital Normativo nº: 03/2021
Data de Nascimento:	Sexo:	
PARECER DO MÉDICO: De acordo com a Função Pública pretendida, conforme as atribuições específicas contidas no Anexo II do Edital Normativo, atesto que o(a) candidato(a) foi submetido(a) a Exame Médico e encontra-se: ☐ () APTO ☐ () INAPTO _____ Médico Assinatura e Carimbo/CRM Local: _____ Data: ____/____/____		