

ANEXO VI – FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOAS HIPOSSUFICIENTES

Nos termos do Edital de Concurso Público 001/2016 da Prefeitura Municipal de São Sebastião da Boa Vista - Pa, requero a isenção do pagamento da taxa de inscrição:

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: _____

CPF nº _____ N° Inscrição: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

*Não serão acatados pedidos de isenção do pagamento da taxa de inscrição para candidatos que não comprovem sua condição de hipossuficiente financeiramente, conforme item 07 deste Edital.

*Somente o preenchimento da solicitação de Isenção não implica na efetivação da inscrição, o candidato requerente deverá apresentar todos os documentos que comprovem sua condição de hipossuficiente na forma prevista no item 07, do EDITAL N° 001/2016 – Prefeitura Municipal de São Sebastião da Boa Vista - Pa, bem como deverá executar todos os procedimentos exigidos no item 07.

DECLARAÇÃO:

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição do concurso público da Prefeitura Municipal de São Sebastião da Boa Vista - Pa, que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 6.135, de 2007, e do EDITAL N° 001/2015 – Prefeitura Municipal de São Sebastião da Boa Vista - Pa.

Declaro ser inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do(s) Governo(s), com o nº _____;

Declaro que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no EDITAL N° 001/2016, em especial ao item que se refere à ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO;

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão de Concurso Público, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Concurso Público, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Assinatura do Candidato

Protocolo:

Para uso exclusivo da INAZ.

PEDIDO DEFERIDO

PEDIDO INDEFERIDO