

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE APARECIDA DO TABOADO**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO**

O candidato abaixo identificado, requer que lhe seja concedida a isenção do pagamento da taxa de inscrição no **Concurso Público de Provas**, conforme normas do Edital n. 1, de 4 de novembro de 2015.

DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome:

Filiação

Pai:

Mãe:

Estado Civil:

Data de Nascimento

RG n.:

CPF:

Endereço Residencial:

Cidade:

UF:

CEP:

Número de Inscrição:

Telefone Residencial:

Quantidade de pessoas que residem com o candidato:

DADOS ECONÔMICOS DA FAMÍLIA

Nome	Fonte Pagadora	Parentesco	Salário Mensal

Parentesco: Indicar o próprio candidato e o cônjuge, pai, mãe, avó, avô, tios, irmãos, filhos, netos, etc.

Documentos anexados ao presente Requerimento:

O candidato declara, sob as penas da lei e da perda dos direitos decorrentes da sua inscrição, serem verdadeiras as informações, os dados e os documentos apresentados, prontificando-se a fornecer outros documentos comprobatórios, sempre que solicitados pela Comissão do Concurso Público.

Em _____ de novembro de 2015.

Assinatura do Candidato