



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

INFORMAÇÕES PESSOAS DO CANDIDATO		
NOME	ESTADO CIVIL:	
RG:	CPF:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
ESTADO:	CEP:	CIDADE
CARGO:	TELEFONE:	

O(A) candidato(a) **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.

DECLARO(A), ainda, sob as penas da Lei que estou ciente e de acordo com todas as exigências especificadas neste Edital.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CANDIDATO DOADOR DE SANGUE E MEDULA ÓSSEA:

- () COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CONCURSO AO CARGO QUE PRETENDE CONCORRER;
- () REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDO, SEM EMENDAS OU RASURAS, EM FORMULÁRIO PADRONIZADO; DISPONÍVEL NO SITE;
- () CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE, AUTENTICADA EM CARTÓRIO;
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.
- () **CERTIDÃO/DECLARAÇÃO DO ÓRGÃO COMPETENTE COM DATAS DAS ÚLTIMAS 03(TRÊS) DOAÇÕES DE(MEDULA ÓSSEA).**
- () COMPROVANTE DE REGISTRO PARA OS DOADORES DE MEDULA ÓSSEA.

São Bento - PB, em ___ de _____ de _____ de 202

Assinatura do Candidato