

**ESTADO DA PARAÍBA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA**

**GABINETE DO PREFEITO**

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS – EDITAL Nº 01/2024**

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

|  |
| --- |
| **CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS – EDITAL 001/2024** **REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO** |
| **INFORMAÇÕES PESSOAIS DO CANDIDATO** |
| **NOME** | **ESTADO CIVIL:** |
| **RG:** | **CPF:** |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:****CIDADE****ESTADO: CEP:** |
| **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 no **Edital nº 01/2024**

#  RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

**( )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;**

# ( ) DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG) DO REQUERENTE;

**( ) CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) DO REQUERENTE;**

**( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;**

**( ) MAOIR DE 18 ANOS;**

**( ) LAUDO MÉDICO EXPEDIDO NO PRAZO MÁXIMO DE 12 (DOZE) MESES ANTERIORES AO TÉRMINO DAS ISENÇÕES**, **AUTENTICADO**, atestando a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID, assinatura e carimbo contendo o CRM do médico responsável por sua emissão, bem como a provável causa da deficiência, inclusive para assegurar a previsão de adaptação da sua prova, informando também o seu nome, o número do documento de identidade (RG) e o número do CPF.

 Alhandra - PB, em de de 2024

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Assinatura do Candidato(a)