

| REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO                                                                        |                  |               |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES PESSOAS DO CANDIDATO(A)                                                                                 |                  |               |                    |
| NOME                                                                                                                |                  | ESTADO CIVIL: |                    |
| RG:                                                                                                                 |                  | CPF:          |                    |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL:                                                                                               |                  | CIDADE        |                    |
| ESTADO:                                                                                                             |                  | CEP:          |                    |
| CARGO:                                                                                                              |                  | TELEFONE:     |                    |
| QUANTIDADE DE PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO DO CANDIDATO:                                                  |                  |               |                    |
| DADOS ECONÔMICOS DA FAMÍLIA – CANDIDATO(A) COM ISENÇÃO PARA HIPOSSUFICIÊNCIA                                        |                  |               |                    |
| NOME                                                                                                                | FONTES PAGADORAS | PARENTESCO    | SALÁRIO MENSAL R\$ |
|                                                                                                                     |                  |               |                    |
|                                                                                                                     |                  |               |                    |
|                                                                                                                     |                  |               |                    |
| TOTAL                                                                                                               |                  |               |                    |
| SOBRE PARENTESCO: Indicar o próprio candidato e o cônjuge, pai, mãe, avô, avó, tios, irmãos, filhos, netos, outros. |                  |               |                    |

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.

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA REQUISIÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO - HIPOSSUFICIÊNCIA**

- ( ) COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CONCURSO AO CARGO QUE PRETENDE CONCORRER;
- ( ) CÓPIA DO RG DO REQUERENTE AUTENTICADO EM CARTÓRIO;
- ( ) CÓPIA DO CPF DO REQUERENTE AUTENTICADA EM CARTÓRIO;
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- ( ) REQUERIMENTO DE ISENÇÃO RIGOROSAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO, SEM EMENDAS OU RASURAS.
- ( ) DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA ASSINADA PELO CANDIDATO.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CANDIDATO DOADOR DE SANGUE**

- ( ) 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 E/OU DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE ONDE FOI FEITA A DOAÇÃO, CONSTANDO DATAS DE NO MÍNIMO 03 DOAÇÕES DURANTE O PERÍODO DE DOZE MESES

São João do Rio do Peixe - PB, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato(a)