

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS – EDITAL Nº 01/2025

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO			
INFORMAÇÕES PESSOAS DO CANDIDATO			
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 COM ISENÇÃO PARA HIPOSSUFICIÊNCIA			
NOME	FUNTE PAGADORA	PARENTESCO	SALÁRIO MENSAL R\$
TOTAL			
<small>SOBRE PARENTESCO: Indicar o próprio candidato e o cônjuge, pai, mãe, avô, avó, tios, irmãos, filhos, netos, outros.</small>			

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 E/OU DE 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 E/OU DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE ONDE FOI FEITA A DOAÇÃO, CONSTANDO DATAS DE NO MÍNIMO 03 DOAÇÕES DE SANGUE DURANTE O PERÍODO DE DOZE MESES**
- () **CERTIDÃO E/OU DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE QUE TEM REGISTRO PARA DOADORES DE MEDULA ÓSSEA**

Cajazeiras - PB, em ____ de _____ de 2026

Assinatura do Candidato(a)