

**ANEXO IV**

**REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Nos termos do **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL 001/2017**, solicito a isenção do pagamento da taxa de inscrição.

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

NOME:			
CARGO PRETENDIDO:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE/UF:		TELEFONE:	
CPF:		RG:	
CTPS / SÉRIE		DATA EXPEDIÇÃO:	
E-mail:			

**OBSERVAÇÃO:**

Não serão acatados pedidos de isenção do pagamento da taxa de inscrição para candidatos que não comprovem renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, seja qual for o motivo alegado. Somente o preenchimento da solicitação de isenção não implica na efetivação da inscrição.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA FINANCEIRA E/OU DOADOR REGULAR DE SANGUE**

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição ao Concurso Público, que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e doador regular de Sangue que atendo ao estabelecido no Edital nº 001/2017 do município de Colíder - MT, em especial quanto às disposições do item ( ) 4.1 ou ( ) 4.2 ou ( ) 4.3 deste Edital.

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de inteira responsabilidade minha, podendo a Comissão Examinadora do Processo Seletivo Simplificado, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do certame, podendo adotar as medidas cabíveis contra a minha pessoa.

Colíder/ MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Candidato

PROTOCOLO

Para uso exclusivo da Comissão Examinadora do Concurso Público  
( ) Deferido  
( ) Indeferido