

FUNDAÇÃO HOSPITALAR MUNICIPAL DE CORREIA PINTO
PROCESSO SELETIVO - EDITAL Nº 01/2017
ANEXO V

FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE ISENÇÃO

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, inscrito (a) no Processo Seletivo 01/2017 para o cargo de _____, da Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto/SC, vem REQUERER isenção do pagamento do valor de inscrição, nos termos do item 4.5 do respectivo Edital.

() Candidato doador de sangue

Devem acompanhar este requerimento os seguintes documentos:

- comprovante de pré-inscrição neste concurso (boleto);
- declaração da entidade em que foram realizadas as doações certificando as datas em que elas ocorreram.

() Candidato componente de família de baixa renda nos termos do Decreto 6.135/2007.

Devem acompanhar este requerimento os seguintes documentos:

- comprovante de Cadastramento fornecido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (www.mds.gov.br); ou Declaração emitida pela Secretaria Municipal de Assistência Social, assinada e carimbada com data inferior a 30 dias. Somente serão aceitos Cadastramentos realizados até a data de publicação deste Edital;
- comprovante de pré-inscrição neste concurso (boleto);
- declaração assinada de que atende à condição estabelecida em lei.

Caso sua solicitação seja como componente de família de baixa renda nos termos do Decreto 6.135/2007, você deve assinar a Declaração abaixo:

DECLARAÇÃO

Declaro que sou componente de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007. Declaro também, sob as penas da Lei, a veracidade das informações aqui prestadas e que estou ciente e de acordo com todas as exigências especificadas no Edital, notadamente aquelas que versam acerca das condições de isenção da taxa de inscrição.

Assinatura do candidato