



FUNDAÇÃO
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO
UNICENTRO

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA - AMS
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE
INSCRIÇÃO

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

DATA NASC: _____

ENDEREÇO: _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____

FONE: _____

CARGO: _____

NIS: _____

“DECLARO QUE ATENDO À CONDIÇÃO ESTABELECIDADA NO ITEM 4.12, DO EDITAL DE ABERTURA”.

OBS: Anexar declaração/extrato fornecido pela secretaria de assistência social do município, Conforme item 4.12 do edital de abertura.

O candidato que solicitar a isenção deverá efetuar sua inscrição no site.

Apucarana, ____ de _____ de 2018.

Assinatura