



FUNDAÇÃO
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO
UNICENTRO

CÂMARA MUNICIPAL DE CHOPINZINHO
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE
INSCRIÇÃO

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

DATA NASC: _____

ENDEREÇO: _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____

FONE: _____

CARGO: _____

NIS: _____

NOME DA MÃE: _____

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

**O CANDIDATO QUE SOLICITAR A ISENÇÃO DEVERÁ EFETUAR SUA INSCRIÇÃO
NO SITE.**

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

Chopinzinho, ____ de _____ de 2018.

Assinatura