



FUNDAÇÃO
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO
UNICENTRO

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CONIMS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

Nº INSCRIÇÃO: _____

CARGO: _____

RG: _____

CPF: _____

DATA NASC: _____

ENDEREÇO: _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____

FONE: _____

NIS: _____

NOME DA MÃE: _____

“DECLARO QUE ATENDO À CONDIÇÃO ESTABELECIDADA NO ITEM 4.12 E 4.13 DO EDITAL DE ABERTURA.”

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

OBS: A não apresentação de qualquer documento para comprovar a condição que se trata os incisos I, II e III do item 4.13 ou a apresentação dos documentos fora dos padrões e forma solicitada implicará no indeferimento do pedido de isenção.

Pato Branco-PR, ____ de _____ de 2020.

Assinatura