



**FUNDAÇÃO**  
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO  
**UNICENTRO**

**PREFEITURA 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: \_\_\_\_\_

**“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.**

Chopinzinho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_

Assinatura