



ESTADO DO AMAZONAS
MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DO IÇÁ



ANEXO VII

**MODELO DO REQUERIMENTO
DE ISENÇÃO NO PAGAMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Eu, (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito no CPF sob o No. (informar) e RG No. (informar), residente e domiciliado à (endereço), declaro para os devidos fins que não tenho condições de arcar com o valor relativo à taxa de inscrição do Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santo Antonio do Içá-AM, relativo à Função de (informar).

Declaro, igualmente, que sou integrante de família de baixa renda, com renda per capita menor que 3 (três) salários mínimos.

Afirmo conhecer as implicações legais, civis e criminais, que uma falsa declaração originária.

Assim, juntando os documentos exigidos no Edital do Processo Seletivo, requiero a isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição para que eu possa participar do Processo Seletivo Simplificado.

Temos em que,

Pede deferimento.

Santo Antonio do Içá /AM, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Candidato

Rua Álvaro Maia, s/n – Centro – Santo Antonio do Içá – Am - CEP: 69.680.00 – CNPJ: 04.532.057/000-92
Telefone : 97 3461 1273 e-mail: prefsai.am@gmail.com

Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado
Telefone: 92 99373 6952 e-mail: cpssai2017@gmail.com