

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

**Modelo C** – Doadores de Sangue

O candidato abaixo identificado, tendo em vista Lei Estadual nº 19.293/17, requer que lhe seja concedida a isenção do pagamento da taxa de inscrição no Processo Seletivo Simplificado, para o cargo/função de:

Nome completo:		Inscrição gerada pelo sistema:	
Nome completo da mãe:			
Número da Identidade:	Expedida por:	Data da expedição:	
Estado civil:	Data de nascimento:	Sexo:	
CPF:			
Endereço:			
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP:	
Telefone fixo:	Telefone Celular:	e-mail:	

Motivo do pedido da isenção com base na Lei Estadual nº 19.293/17, anexando a comprovação.

Declaro, ainda, que minha inscrição implica a aceitação tácita e irrestrita das condições estabelecidas bem como de todas as normas que norteiam o certame.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura