



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU-PR
Hospital Municipal Padre Germano Lauck



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DO VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO

(Itens 9.1 a 9.16 do Edital 001/2018, de 26/04/2018).

Nome do candidato:		
RG:	Órgão Expedidor:	CPF:
E-mail:		Telefone: ()
Cargo Pretendido:		Nº de Inscrição no Concurso:
Em anexo estão as declarações ou documento equivalente de doação de sangue promovida por órgão oficial ou entidade credenciada pela União, Estado ou Município, contendo as datas e numero de doações.		

Solicito isenção da taxa de inscrição no concurso publico aberto pelo Edital nº 001/2018.

- a) Fui doador de sangue duas vezes ao ano, durante o período de dois (02) anos imediatamente anteriores à data de publicação do Edital de inscrições, conforme determina o Parágrafo Único da Lei Municipal nº 3.580/2009.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas. Estou ciente de que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondem à verdade.

_____, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do candidato: _____

Para uso exclusivo da Comissão de Concurso.

() deferido () indeferido.

Assinatura do Presidente da Comissão: