

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO DO CONCURSO  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO TOCANTINS – CRF/TO**

<b>NOME DO CANDIDATO:</b>										
<b>E-MAIL:</b>						<b>FONE: (    )</b>				
<b>CÓDIGO DO EMPREGO:</b>			<b>NOME DO EMPREGO:</b>							
<b>CPF DO CANDIDATO:</b>										
										-
<b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO:</b>			<b>0</b>							

**Estará isento do pagamento da taxa de inscrição o candidato:**

- a) Beneficiário Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e for membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº.6.135/2007;

<b>Nº.NIS:</b>				<b>DATA NASC:</b>			
<b>RG.:</b>			<b>DATA EXP RG:</b>			<b>UF:</b>	
<b>NOME DA MÃE:</b>							

**Documentos anexados:**

- (    ) comprovante de inscrição no CadÚnico **EM PLENA VALIDADE.**  
 (    ) **DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO** de que é membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal no 6.135/2007;  
 (    ) **CÓPIA LEGÍVEL** de documento de identidade válido.

**NÃO SERÁ ACEITO DOCUMENTO ILEGÍVEL**

*É de responsabilidade exclusiva do candidato o correto preenchimento dos formulários e a entrega da documentação em conformidade com o Edital Normativo."*

*Todos os documentos entregues serão analisados posteriormente pela banca examinadora do IADES, que emitirá relatório com situação preliminar do candidato.*

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) requerente

Para uso exclusivo do IADES

**Deferido** (    ) Sim (    ) Não

**Motivo do indeferimento** \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

-----RECORTAR AQUI-----

<b>NOME DO CANDIDATO:</b>		<b>CARIMBO IADES</b>
<b>Concurso: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO TOCANTINS – CRF/TO</b>	<b>CÓDIGO DO EMPREGO:</b>	
<b>NOME DO EMPREGO:</b>	<b>INSCRIÇÃO:</b>	