

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

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

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;

Nº.NIS:		DATA NASC:			
RG.:		DATA EXP RG:		UF:	
NOME DA MÃE:					

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-----

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