## ANEXO V – FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nos termos do Edital de Concurso Público 001/2016 do Conselho Regional de Odontologia-RJ, requeiro a isenção do pagamento da taxa de inscrição:

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

Nome: _____Cargo:_____

CPF nº_____ Nº Inscrição: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição do Concurso Público Conselho Regional de Odontologia-RJ, que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 6.135, de 2007, e do Edital nº 001/2016.

Declaro ser inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do(s) Governo(s), com o nº_____;

Declaro que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Edital nº 001/2016, em especial ao item que se refere à ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO;

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão de Concurso Público, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Concurso Público, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

_____

Assinatura do Candidato

Protocolo: Para uso exclusivo da INAZ.

[ ] PEDIDO DEFERIDO

[ ] PEDIDO INDEFERIDO



INAZ DO PARÁ SERVIÇOS DE CONCURSOS PÚBLICOS LTDA
Trav. Quatorze de Abril, nº 1928 Guamá – CEP: 66063-475. Belém/PA
Tel.: (91) 3347-5205 / 3347-8376
Email: atendimento@paconcursos.com.br