

## ANEXO VI – SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nos termos do Edital de Concurso Público 001/2018 do Concurso Público do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina, requero a isenção do pagamento da taxa de inscrição, na condição de Pessoa Hipossuficiente.

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ N° Inscrição:   
CPF N°:  -  Telefone: (  )  -

### DECLARAÇÃO

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina, que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 6.135, de 2007.

**Declaro estar inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com o NIS de N°**

Declaro que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Edital nº 001/2018, 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 minha inscrição e automaticamente a eliminação do certame, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato