ANEXO VIII – SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nos termos do Edital de Concurso Público 001/2018 do Conselho Regional de Farmácia do Acre, requeiro a isenção do pagamento da taxa de inscrição.

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: _____

Cargo: _____ Nº Inscrição: ☐☐☐☐☐☐☐☐

CPF Nº: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ - ☐☐ Telefone: (☐☐☐) ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

SOLICITO isenção da Taxa de Inscrição no Concurso Público do Conselho Regional de Farmácia do Acre, regido pelo Edital n° 001/2018, e **DECLARO** que:

[ ] Sou pertencente à família de baixa, com base no Decreto n° 6.135/2007, e estou inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, com o NIS de N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

[ ] Sou doador de Medula Óssea devidamente registrado em estabelecimento reconhecido pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei nº 13.656/2018.

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, além de ensejar sanções civis, e, principalmente, criminais (Art. 299 do Código Penal) e responsabilização legal prevista pela Lei nº 12.101/2009, Art. 15, §1º, alterada pela Lei nº 12.868/2013, Decreto nº 8.242/2014.

Em _____/_____ / _____

_____

Assinatura do Candidato

Para uso exclusivo da Inaz do Pará

[ ] Deferido **[ ] Indeferido**

Justificativa: