CONCURSO PÚBLICO – EDITAL Nº 03/2024

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____,

(Nome Civil do(a) interessado(a))

portador de **Cédula de Identidade n.º** _____, e **CPF n.º** _____,

inscrito no **Concurso Público – Edital nº 03/2024**, da **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTANA DE PARNAÍBA/SP**, para o **Cargo** de _____ _____, **DECLARO**, sob pena das sanções cabíveis, para fins de concessão de isenção de pagamento do valor da taxa de inscrição, prevista na **Lei Municipal n.º 3.467**, de 07 de abril de 2015, **OU** na **Lei Municipal n.º 3.484**, de 16 de julho de 2015, **OU** na **Lei Municipal n.º 3.823**, de 04 de outubro de 2019 que me encontro na condição de isento, preenchendo os requisitos elencados na referida Lei, por ser:

☐ **inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico e membro de família de baixa renda (Lei Municipal n.º 3.467, de 07 de abril de 2015)**, conforme **Capítulo III-A**.

☐ **doador de Sangue em Entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde (Lei Municipal n.º 3.484, de 16 de julho de 2015)**, conforme **Capítulo III-B**.

☐ **integrante de Associação de Doadores de Sangue em Entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde (Lei Municipal n.º 3.484, de 16 de julho de 2015)**, conforme **Capítulo III-B**.

☐ **Pessoa com Deficiência (Lei Municipal n.º 3.823, de 04 de outubro de 2019)**, conforme **Capítulo III-C**.

Além disso, **ENCAMINHO** os documentos relacionados no **Capítulo III-A** (CadÚnico) **OU** no **Capítulo III-B** (Doador de Sangue ou integrante de Associação de Doadores de Sangue) **OU** no **Capítulo III-C** (Pessoa com Deficiência).

_____, _____ de _____ de 202__.

Cidade *Dia* *Mês*

_____

Assinatura do(a) Candidato(a)

*(**ATENÇÃO:** O candidato que desejar solicitar **Isenção da Taxa de Inscrição**, deverá encaminhar a sua solicitação conforme estabelecido nos **Capítulos III-A** ou **III-B** ou **III-C**, deste Edital).*