



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA
EDITAL Nº 04/2015 - SMA

FORMULÁRIO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

EMPREGO A QUE CONCORRE			CÓDIGO DO EMPREGO		
NOME			SEXO ☐ M ☐ F		
ENDEREÇO (Rua, Avenida, Logradouro)			NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP		
IDENTIDADE	ÓRGÃO	DATA EMISSÃO	UF	CPF	
DDD - TELEFONE	DDD - CELULAR	E-MAIL			
Nº DO NIS		DATA DE NASCIMENTO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA ☐ SIM ☐ NÃO		

OBSERVAÇÃO:

- O CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DEVERÁ PROCEDER A INSCRIÇÃO, CONFORME ITEM 5.13. DO EDITAL.
- O CANDIDATO QUE TIVER O SEU PEDIDO DE ISENÇÃO DEFERIDO DEVERÁ PREENCHER, NORMALMENTE, SUA FICHA ELETRÔNICA DE INSCRIÇÃO, CONFORME ITEM 5.14.6 DO EDITAL.

VOLTA REDONDA, _____ DE _____ DE 2015

ASSINATURA DO CANDIDATO