## REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

## (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

### TESTE SELETIVO

#### **Edital n.º 070/2019-PRH**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | | | | |
| **Nome Completo:** | | | | | | |
| **NIS:** | | | | | | |
| **R.G.:** | | | **CPF.:** | | | |
| **Data de emissão do RG.:** | | | **Estado emissor:** | | | |
| **Data de Nascimento:** | | | **Nacionalidade:** | | | |
| **Sexo: F ( ) M ( )** | | | **Estado Civil:** | | | |
| **Nome completo da mãe:** | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | |
| **Bairro:** | | **Cidade:** | | | **UF:** | **CEP:** |
| **Tel. Res.:** | **Celular:** | | | **Tel. Com.:** | | |
| **e-mail:** | | | | | | |

Vem, por meio deste, requerer a isenção do valor da taxa de inscrição referente ao Teste Seletivo aberto por meio do **Edital n.º 70/2019-PRH**, para a função de **Bioquímico, Engenheiro Civil, Fonoaudiólogo, Técnico Administrativo, Técnico em Eletrônica, Técnico de Manutenção, Técnico em Radiologia, Auxiliar Operacional e Oficial de Manutenção**

# Maringá, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

Declaro, para os devidos fins, que estou regularmente cadastrado no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e sou membro de família de baixa renda (renda familiar mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda familiar mensal de até três salários mínimos), nos termos do Decreto n.º 6.135/2007.

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, responsabilizando-me pelas mesmas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

Ao requerimento de isenção deverá ser anexada :

* 01 (uma) fotocópia da cédula de identidade (R.G.);
* 01 (uma) fotocópia do C.P.F.;
* 01 (uma) fotocópia de um comprovante com o número do NIS do requerente; e
* **01 (uma) fotocópia do laudo médico atestando a espécie e o grau ou o nível de deficiência**, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, bem como a provável causa da deficiência.

Observação: É de exclusiva responsabilidade do candidato a verificação da regularidade de seu cadastramento perante o órgão gestor do Cadastro Único do município de sua residência.