

**ANEXO IV**  
**MODELOS DE REQUERIMENTOS**

**ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO**

Declaro para fins de isenção do pagamento do valor da inscrição no Concurso Público da  
Autarquia Hospitalar Municipal – AHM, para o cargo de  
\_\_\_\_\_, que a composição de minha renda familiar  
corresponde ao discriminado no quadro a seguir:

RENDA FAMILIAR (membros da família residente sob o mesmo teto)

NOME COMPLETO	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	REMUNERAÇÃO MENSAL, EM R\$	CPF

Estou ciente que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO  
Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
Nº DO CPF