

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