



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO GUAMÁ/PA  
PROCESSO SELETIVO N.º 001/2019

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**  
**(O CANDIDATO DEVERÁ PREENCHER A PRÓPRIO PUNHO)**

**IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE**

Nome: _____	CPF _____
Cargo Pretendido _____	
Endereço: _____	Núm: _____
Bairro: _____	CEP: _____ FONE: (____) _____
Cidade: _____	UF: _____
Número de Identificação Social - NIS atribuído pelo CadÚnico: _____	
Carteira de Identidade: _____	DataNasc: _____ Sexo: _____

**COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR**

Devem ser informados os dados de todas as pessoas que residem no mesmo endereço que o(a) candidato(a), incluindo ele(a) próprio(a):

<b>NOME</b>	<b>CPF</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>SALÁRIO / RENDA MENSAL</b>

**DECLARAÇÃO:**

Declaro, sob as penas da Lei e para efeito de concessão de isenção de pagamento de taxa de inscrição no PROCESSO SELETIVO N.º 001/2019 da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO GUAMÁ/PA, que estou ciente e que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos no Edital n.º 001/2019, de 03 de maio de 2019.

Local / Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato \_\_\_\_\_