



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA/PA
CONCURSO PÚBLICO N.º 002/2019

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):

NOME	CPF	PARENTESCO	SALÁRIO / RENDA MENSAL

DECLARAÇÃO:

Declaro, sob as penas da Lei e para efeito de concessão de isenção de pagamento de taxa de inscrição no CONCURSO PÚBLICO N.º 002/2019 da PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA/PA, que estou ciente e que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos no Edital n.º 001/2019, de 18 de junho de 2019.

Local / Data: _____

Assinatura do Candidato _____