

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS – EDITAL Nº 01/2026**

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO			
INFORMAÇÕES PESSOAS DO CANDIDATO			
NOME		ESTADO CIVIL:	
RG:		CPF:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		CIDADE:	
ESTADO:		CEP:	
CARGO:		TELEFONE ( )	
QUANTIDADE DE PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO DO CANDIDATO:			
DADOS ECONÔMICOS DA FAMÍLIA – CANDIDATO COM ISENÇÃO PARA HIPOSSUFICIÊNCIA			
NOME	FUNTE PAGADORA	PARENTESCO	SALÁRIO MENSAL R\$
<b>TOTAL</b>			
<small>SOBRE PARENTESCO: Indicar o próprio candidato e o cônjuge, pai, mãe, avó, avô, tios, irmãos, filhos, netos, outros.</small>			

O(A) candidato(a) **DECLARA**, sob as penas da lei e da perda dos direitos decorrentes da sua inscrição, serem verdadeiras as informações, os dados e os documentos apresentados, prontificando-se a fornecer outros documentos comprobatórios, sempre que solicitados pela Comissão do Concurso Público. **DECLARO(A)**, ainda, sob as penas da Lei que estou ciente e de acordo com todas as exigências especificadas neste Edital.

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA REQUISIÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO - HIPOSSUFICIÊNCIA**

- ( ) COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CONCURSO AO CARGO QUE PRETENDE CONCORRER;
- ( ) CÓPIA DO RG DO REQUERENTE AUTENTICADO EM CARTÓRIO;
- ( ) CÓPIA DO CPF DO REQUERENTE AUTENTICADA EM CARTÓRIO;
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- ( ) REQUERIMENTO DE ISENÇÃO RIGOROSAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO, SEM EMENDAS OU RASURAS.
- ( ) DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA ASSINADA PELO CANDIDATO.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O CANDIDATO DOADOR DE SANGUE E/OU DE MEDULA ÓSSEA**

- ( ) COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CARGO QUE REQUER ISENÇÃO;
- ( ) REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO, SEM EMENDAS OU RASURAS, EM FORMULÁRIO PADRONIZADO DISPONÍVEL NO SITE;
- ( ) DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG) DO REQUERENTE;
- ( ) CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) DO REQUERENTE;
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- ( ) CERTIDÃO E/OU DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE ONDE FOI FEITA A DOAÇÃO, CONSTANDO DATAS DE NO MÍNIMO 03 DOAÇÕES DE SANGUE DURANTE O PERÍODO DE UM ANO.
- ( ) CERTIDÃO E/OU DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELO ÓRGÃO COMPETENTE QUE TEM REGISTRO PARA DOADORES DE MEDULA ÓSSEA

Cajazeiras - PB, em \_\_\_de \_\_\_\_\_de 2026

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Candidato(a)*