

## REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

### À Comissão Especial de Concurso Público

Eu, \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
compl.: \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_,  
cidade: \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_,  
fone residencial: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_, fone celular: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_,

venho **requerer a ISENÇÃO do pagamento do valor da taxa de inscrição** do Concurso Público para o cargo de Pesquisador Científico I, I.E. nº \_\_\_\_\_, para o Instituto de Saúde, da Administração Superior da Secretaria e da Sede, da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos da Lei Estadual nº 12.147/2005 e do Edital de Abertura de Inscrições.

DECLARO, para os devidos fins, que sou doador de sangue e realizei o mínimo de 03 doações de sangue nos últimos 12 meses em órgão oficial ou entidade credenciada pela União, pelo Estado ou por Município, conforme documento expedido pela entidade coletora, que anexo a este requerimento.

CONFIRMO que as informações aqui prestadas são verdadeiras e idôneas, ciente de que qualquer declaração falsa acarretará em sanções cabíveis.

Nestes termos, pede deferimento.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do candidato)

#### **DOCUMENTO COMPROBATÓRIO:**

- Documento expedido pelo órgão oficial ou entidade coletora credenciada pela União, Estado ou Município (cópia e original para certificação)