



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):

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 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 _____