



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ
CONCURSO PÚBLICO N.º 01/2019

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA
(O CANDIDATO DEVERÁ PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS
OS CAMPOS DESTA DECLARAÇÃO 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 01/2019 do CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ, que estou ciente e que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos no Edital do certame.

Local / Data: _____

Assinatura do Candidato _____