

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA
DO NORTE DE MINAS – CISRUN**

**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS EFETIVOS
EDITAL N.º 1/2012
ANEXO VI**

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA E PEDIDO DE ISENÇÃO

Dados do Candidato

Nome Completo _____

Documento de Identidade _____ CPF _____ Data de Nascimento _____

Nome do Cargo Pleiteado _____ Código do Cargo _____

Composição da Renda Familiar

Informe os dados de cada membro do grupo familiar que resida no mesmo endereço que o candidato, incluindo o próprio candidato:

Nome	Parentesco	Idade	CPF	Salário/Renda Mensal (R\$)
	Candidato			

Venho requerer a isenção de pagamento da taxa de inscrição do Concurso Público do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas – CISRUN –, nos termos do item 2.4 do Edital 1/2012.

Declaro, sob as penas da lei e da perda dos direitos decorrentes de minha inscrição, que atendo aos requisitos para inscrição de acordo com o subitem 2.4.1 do Edital 1/2012. Assumo a responsabilidade pela veracidade dos documentos apresentados e das informações prestadas e submeto-me às normas do referido Edital.

Nestes termos, peço deferimento.

_____, ____/____/2012

Localidade

data

Assinatura legível do candidato