



CONCURSO PÚBLICO DA CÂMARA
MUNICIPAL DE NOVA MAMORÉ/RO



EDITAL Nº 01/2022

**ANEXO V – DECLARAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO
DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Eu, _____ (nome completo), _____ (estado civil), _____ (profissão), portador(a) do documento de identidade nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____ (endereço completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no cargo de _____ do **Concurso Público da Câmara Municipal de Nova Mamoré/RO – Edital nº 01/2022, declaro e atesto**, para efeito de solicitação de isenção de pagamento de Taxa de Inscrição, sob as penas da lei, estar ciente das exigências deste Edital e **não ter condições de arcar com o pagamento do valor da Taxa de Inscrição para este certame**, nos termos do respectivo, me enquadrando e apresentando a documentação exigida no Edital para respectiva avaliação, à condição de:

() **Insuficiência econômico-financeira**, regularmente inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico sob o Número de Identificação Social – NIS _____ válido, atribuído pelo CadÚnico (Decreto nº 6.593, de 2 de outubro de 2008 e suas alterações, e Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022), conforme nº do NIS registrado no Formulário Eletrônico de Inscrição, no ato de realização da inscrição, conforme comprovante de registro de inscrição no CadÚnico anexo a essa declaração (obtido no endereço eletrônico https://meucadunico.cidadania.gov.br/meu_cadunico/); **ou**

() **Cidadão(ã) doador(a) de sangue** regular nos últimos 24(vinte e quatro) meses, tendo realizado 04(quatro) doações, sendo que a última não ultrapassou 06(seis) meses anteriores à data de publicação do Edital, devidamente cadastrado como doador(a), com o código de doador nº _____, emitido pelo Hemocentro ou pela Secretaria Municipal de Saúde; **ou**

() **Cidadão(ã) doador(a) medula óssea** devidamente cadastrado como doador(a) no Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (REDOME) ou em entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde, com o código de doador nº _____, emitido pelo Hemocentro ou pelo REDOME (Lei Federal nº 13.656, de 30 de abril de 2018).

Declaro estar ciente que o Instituto Brasileiro de Gestão e Pesquisa – IBGP verificará as informações prestadas e, em decisão terminativa, deliberará sobre a concessão, ou não, da isenção, reservando-se o direito de exigir, a qualquer tempo, documento que atestem a condição que motiva a solicitação de atendimento declarado.

Declaro, também, que as informações falsas serão de minha inteira responsabilidade, podendo responder civil e criminalmente pelo teor das afirmativas e pelas sanções previstas, no parágrafo único do artigo 10 do Decreto nº 83.936, de 6 de setembro de 1979.

Declaro, ainda, que constatada a declaração falsa de dados, a irregularidade da inscrição ou da isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição, o cancelamento da inscrição ou a inclusão do candidato como isento será automaticamente cancelada, considerados nulos todos os atos decorrentes, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

_____, ____/____/_____
(Local) (Data)

Assinatura do(a) candidato(a)