



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA/PA  
CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2018

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

**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 001/2018 da PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA/PA, que estou ciente e que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos no Edital Retificado e Consolidado n.º 002/2018, de 26 de outubro de 2018.

Local / Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato \_\_\_\_\_