

**ANEXO V A QUE SE REFERE O EDITAL DE PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO  
N.º 001/2019**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DO VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, candidato à Função Pública de \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade n. \_\_\_\_\_ E CPF Nº \_\_\_\_\_ venho, por meio deste, requerer minha inscrição no Processo Seletivo Público Simplificado do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús, regulado pelo Edital n. 001/2019, **na condição de isento**, por me enquadrar no conceito de pobreza, nos termos do art.18, do Decreto Federal nº. 5.209, de 17 de setembro de 2004, com a redação que lhe conferiu o Decreto Federal nº.6.917, de 30 de julho de 2009.

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para fins de prova junto à Comissão Organizadora do Processo Seletivo Público Simplificado nº 001/2019, que preencho os requisitos necessários para a obtenção da isenção da taxa de inscrição de acordo com os termos do Edital de Seleção No. 001/2019.

Declaro que minha família é constituída dos seguintes membros, e que a renda de cada um é a abaixo indicada:

**OBS: Juntar a cópia do cartão do NIS (cartão do Bolsa-Família)**

Parentesco	Nome	Salário
TOTAL		

A presente declaração é feita sob as penas cominadas no art. 299, do Código Penal Brasileiro (CPB) e demais disposições legais aplicáveis à espécie, sem prejuízo das sanções cíveis e administrativas.

Autorizo o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús a realizar as inspeções que julgar necessárias para comprovar a veracidade das informações por mim prestadas, nesta declaração e no formulário de inscrição.

**Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús-CE**, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
REQUERENTE / DECLARANTE

