



# PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

## Secretaria Municipal da Saúde

### PROCESSO SELETIVO - EDITAL Nº 010/2018

#### ANEXO DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

#### DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

*(Nome Civil do interessado)*

portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
inscrito no Processo Seletivo Nº 010/2018 da Prefeitura Municipal de Florianópolis – Secretaria Municipal da Saúde,  
para o Cargo de \_\_\_\_\_,

**DECLARO**, sob pena das sanções cabíveis, para fins de concessão de isenção de pagamento do valor da taxa de inscrição, que me encontro na condição de isento conforme abaixo, sendo:

- candidato beneficiado pela Lei nº 8081/2009, candidato doador de sangue e residente na cidade de Florianópolis.
- candidato beneficiado pela Lei nº 10374/2018, pessoas cadastradas no Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (REDOME).
- candidato beneficiado pela Lei Complementar nº 570/2016, que esteja inscrito no cadastro único para programas sociais do Governo Federal – CadÚnico.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.  
*Cidade Dia Mês*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Candidato*

**Obs: Os candidatos beneficiados, deverão encaminhar os documentos que comprovem este benefício, conforme estabelece o edital do Processo Seletivo.**