



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA/PA  
CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2019

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**  
**(O CANDIDATO DEVERÁ PREENCHER A PRÓPRIO PUNHO)**

**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 001/2019 da PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA/PA, que estou ciente e que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos no Edital n.º 001/2019, de 30 de janeiro de 2019.

Local / Data: \_\_\_\_\_

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