



REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

| | |
|--|-------------------|
| NOME: | INSCRIÇÃO: |
| CONCURSO PÚBLICO/PROCESSO SELETIVO: | |
| CARGO/EMPREGO/PROGRAMA: | |
| <p>Declaro, para efeito de concessão da isenção de pagamento da taxa de inscrição do certame em epígrafe, que possuo renda familiar não excedente a três salários mínimos e/ou comprovo estar desempregado, conforme disposto na Lei nº 3.330/2001.</p> <p>Declaro ainda, estar ciente de que as informações prestadas no requerimento de inscrição, bem como a documentação comprobatória apresentada, são de minha inteira responsabilidade, podendo, a qualquer momento, se comprovada a má fé, através de processo administrativo que garanta os princípios do contraditório e ampla defesa, ser eliminado do certame e responder por crime contra a fé pública, sem prejuízo de outras sanções legais previstas.</p> <p>RIO DE JANEIRO, _____ DE _____ DE _____.</p> <p>_____</p> <p>(ASSINATURA DO REQUERENTE)</p> | |

| USO EXCLUSIVO DA CVL/SUBSC/CGRH/CTCAA/GRS | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DEFERIR SOLICITAÇÃO | <input type="checkbox"/> INDEFERIR SOLICITAÇÃO |
| JUSTIFICATIVA: | |
| RIO DE JANEIRO, ____/____/____. | _____ (ASSINATURA/MATRÍCULA) |