



ANEXO I

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO DO VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 004/2023.

Eu _____,
Portador do RG nº _____ e CPF nº _____,
com inscrição no Processo Seletivo nº 004/2023, para o cargo de _____,
inscrição nº _____, regido pelo Edital de Processo Seletivo nº 004/2023, solicito a devolução do valor pago pela taxa de inscrição, para o Processo Seletivo nº 004/2023, em virtude do disposto no Decreto Municipal nº 4654/2024, de 30 de janeiro de 2024, que dispõe sobre a Anulação/Cancelamento do Processo Seletivo nº 004/2023 para provimento dos cargos de Agente de Combate à Endemias e Agente Comunitário de Saúde do Município de Cruz Machado/PR.

1. Dados Bancários:

Nome do Titular da Conta: _____

CPF do Titular da Conta: _____

Banco: _____

Agência: _____ Conta: _____ Tipo da Conta: _____

2. Dados para Contato:

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

Observação: Juntamente com o requerimento, o candidato deve encaminhar cópia dos documentos de RG, CPF e do comprovante de pagamento da taxa de inscrição, ao e-mail da Comissão Organizadora comissaosaude@pmcm.pr.gov.br.

Cruz Machado/PR, em ____ de _____ de 20 ____.

Requerente/Candidato