



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARAÍBA  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA PROVIMENTO DE VAGAS PARA  
O SAMU - 192 MÉDIO PARAÍBA

**FORMULÁRIO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

EMPREGO A QUE CONCORRE		CÓDIGO DO EMPREGO		
NOME		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
ENDEREÇO (Rua, Avenida, Logradouro)		NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
IDENTIDADE	ÓRGÃO	DATA EMISSÃO	UF	CPF
DDD - TELEFONE	DDD - CELULAR	E-MAIL		
Nº DO NIS	DATA DE NASCIMENTO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

**OBSERVAÇÃO:**

- O CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DEVERÁ PROCEDER A INSCRIÇÃO, CONFORME ITEM 5.14.11 DO EDITAL.
- O CANDIDATO QUE TIVER O SEU PEDIDO DE ISENÇÃO DEFERIDO DEVERÁ PREENCHER, NORMALMENTE, SUA FICHA ELETRÔNICA DE INSCRIÇÃO, CONFORME ITEM 5.15.6 DO EDITAL.

VOLTA REDONDA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2012

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO