

EDITAL CONCURSO CFSd / PMRJ
SOLICITAÇÃO PEDIDO DE ISENÇÃO

NOME: _____

CARGO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

Declaro que:

() comprovo a insuficiência de recursos, nos termos do art. 72 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado do Rio de Janeiro;

() comprovo renda familiar máxima corresponda a 300 UFIR-RJ, nos termos do art. 3º, parágrafo único da Lei Estadual nº. 2.913, de 30 de março de 1998;

() atendo as condições estabelecidas no Decreto Federal nº. 6.593, de 02 de outubro de 2008.

Declaro, ainda, que anexo toda documentação necessária para comprovar a situação acima.

Rio de Janeiro-RJ., ___ de _____ de 20__.

NOME REQUERENTE
ASSINATURA