**FORMULÁRIO PARA RESSARCIMENTO DAS ISENÇÕES DE TAXA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| **Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Cargo(s) Pleiteado(s)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

À Comissão Organizadora da Prefeitura Municipal de CAXIAS -MA para fins de **RESSARCIMENTO DAS ISENÇÕES DE TAXA:**

O único e-mail que será considerado para fins do pedido de RESSARCIMENTO de isenção de taxa AOS CANDIATOS QUE AINDA NÃO RECEBERAM será **“ima.caxias.isencao@outlook.com**”, sendo desconsiderado qualquer outra solicitação não enviada por este.

( ) Apresentar Conta para Ressarcimento de isenção de Taxa

Titular do Cartão:

Banco:

Conta:

Agencia:

Variação ou operação:

Para os candidatos que ainda não tiveram o ressarcimento. Ao enviar a informação precisa ser completa. Após o envio do formulário o prazo de ressarcimento é 01 dia util.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato (a).