

**ESTADO DO CEARA  
MUNICIPIO DE CARIDADE  
ADENDO AO EDITAL 001/2016 DE 11 DE MAIO DE 2016**

**FORMULARIO PARA REQUERIMENTO DE ISENÇÃO**

NOME COMPLETO		
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº E COMPLEMENTO)		
BAIRRO	CIDADE/ESTADO	CEP
TELEFONE PARA CONTATOS	IDENTIDADE/ORGÃO EXPEDIDOR	
E-MAIL	CPF	
CARGO: AGENTE MUNICIPAL DE TRÂNSITO	NÚMERO INSCRIÇÃO	DE

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ISENÇÃO ÀS PESSOAS HIPOSSUFICIENTES.

- a) Fotocópia do documento de identidade, autenticada em cartório;
- b) Comprovante de inscrição;
- c) Declaração de inscrição no CadÚnico.

Termo de Ciência

Declaro estar ciente dos termos do Adendo ao Edital supracitado, e de que minha solicitação só será aceita se eu me enquadrar nas exigências acima.

Caridade, -----, de -----de 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)