



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

PARTE INTEGRANTE DO EDITAL 007/2020 – COREME/AMS

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

À Comissão Examinadora do Processo Seletivo da Residência Médica em **Medicina de Família e Comunidade**.

Eu, _____, candidato inscrito sob n.º _____, portador da cédula de identidade - RG n.º _____ e inscrito no Cadastro das Pessoas Físicas – CPF – sob o n.º _____, residente e domiciliado _____

CEP _____, telefone: _____ e-mail: _____,

venho, respeitosamente, perante essa do Processo Seletivo de Residência Médica, **REQUERER ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO** do Processo Seletivo para Residência Médica em **Medicina de Família e Comunidade**, aberto pelo Edital 007/2020-COREME/AMS, por estar na condição abaixo indicada, que se comprova pelos seguintes documentos:

() Pela Lei Municipal nº 4.928/1992 (**Servidor Público Municipal Estatutário de Londrina/PR**):

a. Matrícula Funcional N.º: _____. Órgão de Lotação: _____

() Pelo Decreto Federal nº 6.135, de 26 de junho de 2007 (**Cadastro Único**):

a. N.º. de Identificação Social – NIS, _____, atribuído pelo CadÚnico Municipal.

() Pela Lei Municipal nº 12.745 de 27 de agosto de 2018 (**Prestador de Serviço Eleitoral**):

a. Anexar documento no e-mail (declaração ou certidão) expedido pela Justiça Eleitoral de Londrina, Estado do Paraná, contendo a qualificação completa do eleitor, a função desempenhada e o turno e a data da eleição que trabalhou em Londrina-PR.

() Pela Lei do Estado do Paraná 19.293, de 13 de dezembro de 2017 (**Doador de sangue**):

a. Anexar documento no e-mail documento que comprove que realizou duas doações dentro do período de doze meses anterior à data da publicação deste edital, emitida por órgão oficial de saúde ou à entidade credenciada pela União, pelo Estado ou pelo Município;

Declaro ciência das implicações criminais por falsa declaração, conforme o artigo 299 do Código Penal, bem como das normas deste Edital. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente.

Londrina, ____ de _____ de 2020.

A assinatura do candidato será considerada,
para todos os efeitos, o seu e-mail

INSTRUÇÕES

O candidato deverá:

Encaminhar de solicitação de isenção de taxa de inscrição juntamente com os documentos comprobatórios pelo e-mail **residenciamedica@saude.londrina.pr.gov.br**