



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO LARGO

REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO AO VALOR DE INSCRIÇÃO

TÉCNICO EM RADIOLOGIA EDITAL 004/2015

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Nome: _____

CPF: _____

RG/UF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: F() M()

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Venho por meio deste, solicitar a devolução do valor da taxa de inscrição, referente ao cargo de Técnico em Radiologia, Edital 004/2015.

Banco _____

Agência _____ Conta Corrente _____

Em caso de Conta Corrente em NOME DE TERCEIROS, informar o nome completo e os dados bancários, sob total responsabilidade do requerente.

Nome Proprietário da Conta _____

Banco _____

Agência _____ Conta Corrente _____

Assinatura Proprietário da Conta _____

Campo Largo, ____ de ____ de ____

Assinatura do Requerente

Telefone(s) Para Contato: _____

E-mail Para Contato: _____

ANEXAR CÓPIA RG, CPF E CARTÃO DO BANCO DO REQUERENTE

NO CASO DE CONTA CORRENTE DE TERCEIROS, ANEXAR CÓPIA DO RG, CPF DO REQUERENTE E CÓPIA DO RG, CPF E CARTÃO DO BANCO DO PROPRIETÁRIO DA CONTA CORRENTE