PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA/SP
CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº 07/2024

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DA TAXA DE INSCRIÇÃO DO CARGO DE TECNICO DE ENFERMAGEM PSF

Preencha este formulário, na íntegra, com letra de forma LEGÍVEL, assine, digitalize e envie o formulário o e-mail ***reembolso@rboconcursos.com.br,*** juntamente com o boleto bancário referente à inscrição e o respectivo comprovante de pagamento

NOME

DATA DE NASCIMENTO: 1 9

R.G.: **TELEFONE:** **SEXO:** ☐ M ☐ F

ENDEREÇO:

COMP/BAIRRO:

CIDADE: **CEP:** **ESTADO:**

Dados bancários da conta para reembolso: (preenchimento somente para caso de cancelamento de inscrição)

NOME DO TITULAR:

CPF: **R.G.:**

BANCO:

AGÊNCIA **CONTA**

PIX

TIPO DA CONTA: ( ) CORRENTE ( ) POUPANÇA

Observação: A conta bancária indicada pelo candidato para a restituição não poderá ser conta-salário ou qualquer outra conta que não aceite depósitos de terceiros.

Solicito à RBO o cancelamento de minha inscrição nº _____, para o cargo de **TECNICO DE ENFERMAGEM PSF**, bem como o reembolso do valor da taxa de inscrição, tendo em vista não ter mais interesse em concorrer no Concurso Público nº 07/2024 do Município de Carapicuíba.

_____, _____de _____ de 2024.

_____

Assinatura da candidata