



**ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**  
**Processo Seletivo nº 004/2019**

Eu, (nome) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, residente e domiciliado no (endereço completo) \_\_\_\_\_, (número de inscrição), para o cargo (cargo em que se inscreveu), telefone (inserir número do telefone), celular (inserir número do telefone celular se houver), DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29/08/1983 e ainda, com finalidade de obter isenção do pagamento de Taxa de Inscrição do Processo Seletivo nº 04/2019 do Município de Presidente Castello Branco SC, que minha renda mensal “per capita” familiar não ultrapassa um salário mínimo e meio nacional. Declaro ainda, estar ciente das penas que posso incorrer nos termos do Art. 299 do Código Penal Brasileiro abaixo transcrito. Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Para comprovar a situação de hipossuficiência apresento os seguintes documentos:

---

---

---

---

Nestes termos, solicito o recebimento desta declaração com os documentos comprobatórios da situação descrita.

P. Deferimento.

Presidente Castello Branco (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO (nome, RG e CPF) DO RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS NO CADÚNICO DO MUNICÍPIO QUE O CANDIDATO RESIDE.