



Desenvolvimento Comunitário e Universitário

## **FORMULÁRIO DE RESSARCIMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
candidato ao cargo de \_\_\_\_\_,  
inscrição n.: \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade n.  
\_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_ e CPF n. \_\_\_\_\_,  
conforme documentos, anexos, **SOLICITO O RESSARCIMENTO DA TAXA DE  
INSCRIÇÃO NOVA ANDRADINA/MS**, em virtude da **ALTERAÇÃO DA DATA DA  
PROVA do Concurso Público Municipal da Fundação de Saúde de Nova Andradina**,  
por meio de depósito em conta corrente/poupança, de minha titularidade, ou de terceiro,  
de acordo com as informações constantes abaixo:

### **DADOS PARA RESSARCIMENTO:** (preenchimento obrigatório)

<b>Banco:</b>	
<b>Agência n.:</b>	
<b>Conta:</b> <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	<b>Número:</b>

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

**Obs. Para ser efetivada a devolução da taxa de inscrição, o candidato deverá comprovar o pagamento anexando a este formulário uma cópia do respectivo comprovante de pagamento ou autenticação mecânica.**