



SERVIÇO AUTÔNOMO MUNICIPAL DE SAÚDE – SAMS – IBITINGA
ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2018



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Eu, _____,
Carteira de Identidade número _____, venho solicitar o
Reembolso da Taxa de Inscrição Referente à exclusão do Cargo
() 02 – Motorista Socorrista
, conforme Edital de Retificação publicado em 14 de julho de 2018, do
referido Concurso Público.

Dados do Requerente

Inscrição Nº _____

Nome do Candidato: _____

CPF: _____

Banco: _____

Agência: _____

Conta Corrente nº _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Assinatura do Candidato: _____