



CONCURSO PREFEITURA DO RECIFE - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS

FORMULÁRIO PARA RESTITUIÇÃO DA TAXA

Nome do Candidato(a): _____

Inscrição: _____ CPF _____

- Através do presente, solicito o reembolso da taxa de inscrição no referido concurso público, a ser creditado na conta bancária de minha titularidade, abaixo informada.

Estando ciente que automaticamente estarei sendo EXCLUÍDO(A) do certame, conforme errata do EDITAL.

Banco: _____

Agência: _____

Conta: _____ () corrente. Ou () poupança

Operação: _____

Obs. **E-mail para envio do formulário preenchido - iaupe.recifeacs2020@gmail.com**

Assinatura do(a) candidato(a)

Recife, ____ de _____ de 2021.