



**FUNDAÇÃO**  
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO  
**UNICENTRO**

**CÂMARA MUNICIPAL DE CLEVELÂNDIA**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE**  
**INSCRIÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

DATA NASC: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

NIS: \_\_\_\_\_

**OBS: Conforme item 4.13 do edital de abertura:**

Clevelândia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_

Assinatura