

ESTADO DE PERNAMBUCO
PREFEITURA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
CONCURSO PÚBLICO PARA O PROVIMENTO DE CARGOS EFETIVOS
EDITAL Nº 01/2017, PUBLICADO EM 20 DE DEZEMBRO DE 2017

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO
(EM CUMPRIMENTO À RECOMENDAÇÃO Nº .01/2018 - 2ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)

1 - O candidato, por meio do presente requerimento, concorda em ter ressarcido o valor de sua inscrição para o concurso público de Santa Cruz do Capibaribe (PE), **DESISTINDO DE SUA PARTICIPAÇÃO NO CERTAME.**

2 - Com o provimento desta solicitação e prosseguindo o concurso, o candidato desistente só poderá participar novamente do concurso caso haja a determinação de reabertura do prazo de inscrição, ocasião em que o candidato poderá se inscrever novamente.

3 - O pagamento dos valores ressarcidos será efetuado através de transferência bancária para a conta corrente nominal do candidato solicitante, a ser informada na planilha abaixo.

4 - O prazo para devolução de tais valores será de até 15 dias úteis, contados a partir da data de publicação da lista dos candidatos que serão reembolsados.

5 - O presente formulário deverá ser preenchido e encaminhado por e-mail para concursos@admtec.org.br.

CRONOGRAMA

| ATIVIDADE | DATA PREVISTA | LOCAL |
|--|-------------------------|-------------------------|
| Solicitação de ressarcimento do valor da inscrição | 17/04/2018 a 22/04/2018 | concursos@admtec.org.br |
| Lista dos candidatos que serão ressarcidos | 25/04/2018 | www.admtec.org.br |

FORMULÁRIO DE DADOS PESSOAIS

| | |
|---|--|
| PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL E NÍTIDA | NOME COMPLETO: |
| | NÚMERO DE INSCRIÇÃO: |
| | CPF: |
| | CARGO: |
| | VALOR (R\$): |
| | BANCO: |
| | AGÊNCIA: |
| | NÚMERO CONTA CORRENTE / CONTA POUPANÇA: |
| | <i>Declaro estar ciente de que o ressarcimento da taxa de inscrição <u>ME IMPEDE DE PARTICIPAR DO PRESENTE CONCURSO PÚBLICO</u> através da referida inscrição, ainda que o mesmo seja autorizado legalmente a ter prosseguimento.</i> |