



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico - Fone/Fax (43) 3512-3000

ARAPOTI – PARANÁ - CNPJ nº 75.658.377/0001-31

ANEXO I

REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO DO VALOR PAGO

Eu _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF nº _____, residente e domiciliado a Rua/Av, _____, nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, CEP _____, venho REQUERER a Vossa Senhoria a DEVOLUÇÃO do valor pago da taxa de inscrição do cargo de técnico em radiologia, inscrição número _____. Por não haver mais interesse em participar do certame.

Informo deve ser depositado na seguinte conta bancária:

Banco _____

() Conta em meu nome

() Conta em nome de terceiro

Titular da conta: _____

Número da agência: _____

Número da conta: _____

Tipo de conta: () corrente () poupança – nº da operação (se houver) _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 2016.

(local e data)

Assinatura do requerente