PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE AMÉRICO BRASILIENSE
CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº 01/2017

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO E REEMBOLSO DA TAXA

Preencha este formulário, na íntegra, com letra de forma LEGÍVEL, assine, digitalize e envie o formulário o e-mail ***reembolso@rboconcursos.com.br,*** juntamente com o boleto bancário referente à inscrição e o respectivo comprovante de pagamento

NOME

DATA DE NASCIMENTO: 1 9

R.G.: **TELEFONE:** **SEXO:** ☐ M ☐ F

ENDEREÇO:

COMP/BAIRRO:

CIDADE: **CEP:** **ESTADO:**

Dados bancários da conta para reembolso:

NOME DO TITULAR:

CPF: **R.G.:**

BANCO:

AGÊNCIA **CONTA**

TIPO DA CONTA: ( )CORRENTE ( )POUPANÇA

Observação: A conta bancária indicada pelo candidato para a restituição não poderá ser conta-salário ou qualquer outra conta que não aceite depósitos de terceiros.

Solicito à RBO Concursos o cancelamento de minha inscrição nº _____, para o emprego de Agente Comunitário de Saúde (Área de Abrangência: USS Dr. José Nigro Neto) e o reembolso da referida taxa de inscrição.

_____, _____de _____ de 2017.

_____

Assinatura do candidato