



FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ISENÇÃO DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Número de inscrição: _____

Eu _____ (nome o completo),
portador da carteira de identidade _____, expedida pelo
_____, com validade até ____/____/____, CPF _____,
residente na _____,
CEP _____, telefone: _____, email _____,

DECLARO para fins de prova junto à DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, que sou carente de recursos, não dispondo de condições econômicas para custear taxa de inscrição para o XXVI Concurso para ingresso na classe inicial da carreira da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

A presente declaração é feita sob as penas das leis, ciente, portanto, o (a) declarante e que em caso de falsidade, ficará sujeito às sanções criminais, civis e administrativas previstas na legislação.

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

- a) Vive sob a assistência material da família? Não Sim
- b) Renda mensal familiar bruta: R\$ _____ Juntou comprovante: Sim Não.
- c) Paga imposto de renda? Não Sim: valor R\$ _____
- d) Paga contribuição previdenciária oficial? Não Sim: valor R\$ _____
- e) Paga pensão alimentícia? Não Sim: valor: R\$ _____
- f) Recebe rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda do Governo? Não Sim: qual? _____

Valor: R\$ _____

- g) Recebe Benefício Assistencial do INSS? Não Sim: valor R\$ _____



- h) Quantas pessoas residem com o(a) candidato(a) ? _____
- i) Quantas dessas pessoas possuem fonte de renda? _____ Especificar nome, grau de parentesco e renda mensal:

1. _____ Parentesco: _____ Renda: _____
2. _____ Parentesco: _____ Renda: _____
3. _____ Parentesco: _____ Renda: _____
4. _____ Parentesco: _____ Renda: _____
5. _____ Parentesco: _____ Renda: _____

TOTAL DA RENDA FAMILIAR MENSAL: R\$: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

- a) Possui casa própria? Não Sim 9
- b) Paga aluguel? Não Sim: valor R\$: _____
- c) Paga financiamento de imóvel? Não Sim: valor R\$: _____
- d) Possui automóvel? Não Sim. Paga financiamento: Não Sim
- e) Paga plano de saúde? Não Sim: valor R\$: _____
- f) Paga mensalidade escolar/de universidade? Não Sim: valor R\$: _____
- g) Paga água? Não Sim: valor R\$: _____
- h) Paga energia elétrica? Não Sim: valor R\$: _____
- i) Outras despesas: especificar: _____ Valor R\$ _____

Data

Assinatura