

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE URGÊNCIA DE CONTAGEM - FAMUC
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS – EDITAL COMPLEMENTAR N° 001/2017

ANEXO II - FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nome do (a) requerente: _____

Número da identidade _____

Número da inscrição do(a) candidato(a) _____

Telefones com código de área para contato _____

Endereço Completo _____

DADOS BANCÁRIOS DO CANDIDATO

Nome e número do banco _____

Nome e número da agência com dígito _____

Número da conta corrente do titular da conta _____

CPF do titular da conta _____

Nome do titular da conta _____

O(a) candidato(a) acima qualificado(a), vem REQUERER a DEVOLUÇÃO da taxa de inscrição referente ao **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS – EDITAL N° 01/2017**, da **FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE URGÊNCIA DE CONTAGEM – FAMUC**, visando à composição de quadro para contratações temporárias.

Da devolução da taxa de inscrição

1. A restituição da Taxa de Inscrição deverá ser requerida pelo candidato ou por procurador, devidamente constituído, por meio do preenchimento, assinatura e entrega de formulário disponibilizado no endereço eletrônico www.contagem.mg.gov.br/concursos .

2. A este formulário deverão ser anexados **cópias (xerox)** dos seguintes documentos referentes ao candidato (requerente): Identidade, boleto e comprovante de pagamento.

3. Este formulário de restituição deverá ser entregue ou enviado, diretamente pelo candidato ou por terceiro, devidamente preenchido e assinado pelo candidato e acompanhado da cópia dos documentos mencionados no item 2, em envelope fechado, tamanho ofício, no período de **20 a 26 de dezembro de 2017, exceto sábado, domingo e feriado** por uma das seguintes formas:

a) na FUNEC, no endereço: Rua Lino de Mouro, nº 101, 3º andar, Bairro Inconfidentes – Contagem/MG, CEP 32.260-090, no horário de 8h às 17h, de 2ª a 6ª feira (exceto feriado e recesso).

b) via SEDEX ou AR, postado nas Agências dos Correios, com custo por conta do candidato, endereçado à FUNEC, no endereço: Rua Lino de Mouro, nº 101, 3º andar, Bairro Inconfidentes – Contagem/MG, CEP 32.260-090. Nesse caso, a data da postagem deverá obedecer ao prazo previsto neste item.

4. No envelope, na parte frontal, deverá constar Ref. Restituição da Taxa de Inscrição – **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS – EDITAL N° 01/2017**, da **FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE URGÊNCIA DE CONTAGEM – FAMUC**, nome completo, número da inscrição e número do documento de identidade.

Nestes termos, pede deferimento.

Contagem, ____ de _____ de 2017

Assinatura do (a) requerente ou de seu procurador devidamente credenciado

Nome do procurador

Para uso da Comissão de Concursos Públicos e Processos Seletivos da FUNEC

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS – EDITAL N° 01/2017,
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE URGÊNCIA DE CONTAGEM – FAMUC

() DEFERIDO

() INDEFERIDO

De Acordo: _____ Em: ____/ ____/ 2017