À Comissão de Acompanhamento do Teste Seletivo nº 02/2017 do Município de Tigrinhos/SC

 **REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , inscrito (a) como candidato(a) ao cargo de Agente Comunitário de Saúde no Teste Seletivo nº 02/2017 promovido pelo Município de Tigrinhos, venho através do presente solicitar a restituição dos valores desembolsados com a inscrição tendo em vista o cancelamento do Teste Seletivo com relação ao referido cargo.

**Informo os dados abaixo para que seja procedida a restituição dos valores**

Nome do candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta Bancária e Agência para restituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(preferencialmente Banco do Brasil S/A)

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tigrinhos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (assinatura do candidato)

*(instruir o requerimento com cópia de um documento oficial e do comprovante de pagamento da inscrição)*