

MUNICÍPIO DE JALES/SP  
CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº 01/2024



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO/ REEMBOLSO DA TAXA

Preencha este formulário, na íntegra, com letra de forma LEGÍVEL, assine, digitalize e envie o formulário o e-mail [reembolso.indepac@gmail.com](mailto:reembolso.indepac@gmail.com).  
Envie, também, o comprovante de pagamento do boleto bancário.

NOME

DATA DE NASCIMENTO:

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

PIX

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 ao INDEPAC o cancelamento de minha inscrição nº \_\_\_\_\_, para o cargo de **AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA** do Concurso Público nº 01/2024 do Município de Jales, bem como o reembolso do valor da taxa paga.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do candidato