**RETIFICAÇÃO N° 001**

**AO EDITAL DO PROCESSO SELETIVO N°. 003/2017**

O Prefeito Municipal de Saudades, Estado de Santa Catarina, Sr. **DANIEL KOTHE**, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, **FAZ SABER** a todos os interessados da ***RETIFICAÇÃO N° 001 ao Edital de Processo Seletivo n° 003/2017,*** em relação ao que segue:

**ONDE SE LIA:**

**5.21. Será excluído do Processo seletivo o candidato que:**

**a.** Se apresentar após o horário estabelecido ~~(19h),~~ não se admitindo qualquer tolerância;

**ANEXO VI**

**FORMULÁRIO PARA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO – DOADORES DE SANGUE**

**PROCESSO SELETIVO - Edital 03/2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO –**  **DOADORES DE SANGUE OU DE MEDULA ÓSSEA**  **À ~~CURSIVA Assessoria e Consultoria~~:**   |  | | --- | | **Nome do Candidato (a):** | | **Número da Inscrição:** | | **CPF: RG:** | | **CARGO:** |   De acordo com o item que rege as normas de inscrição do Edital do Processo Seletivo **03/2017** do Município de Saudades(SC), embasado na Lei Estadual nº. 10.567, de 07 de novembro de 1997, venho requerer a isenção por enquadrar-me na condição de doador de sangue ou de medula óssea.  Comprovo ter realizado 03 doações de sangue nos últimos 12 meses que antecederam a abertura do presente Edital ou a doação de medula óssea, conforme documento anexo.   |  |  | | --- | --- | | **DESCRIÇÃO DAS DOAÇÕES** | **PARECER DA BANCA** | |  | ( ) Deferido  ( ) Indeferido | |  | ( ) Deferido  ( ) Indeferido | |  | ( ) Deferido  ( ) Indeferido |   Nestes termos pede deferimento.  Saudades (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |

**ANEXO VII**

**FORMULÁRIO PARA HIPOSSUFICIENTES**

**PROCESSO SELETIVO - Edital 03/2017**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA HIPOSSUFICIENTES**  **À ~~CURSIVA Assessoria e Consultoria~~:**   |  | | --- | | **Nome do Candidato (a):** | | **Numero da Inscrição:** | | **CPF: RG:** | | **CARGO:** |   De acordo com o item que rege as normas de inscrição do Edital do Processo Seletivo **03/2017** do Município de Saudades (SC), embasado na legislação vigente venho requerer a isenção da taxa de inscrição como hipossuficiente conforme faz prova a documentação anexa.  Nestes termos pede deferimento.  Saudades (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato |

**COM A RETIFICAÇÃO LÊ SE:**

**5.21. Será excluído do Processo seletivo o candidato que:**

**a.** Se apresentar após o horário estabelecido (9h), não se admitindo qualquer tolerância;

**ANEXO VI**

**FORMULÁRIO PARA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO – DOADORES DE SANGUE**

**PROCESSO SELETIVO - Edital 03/2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO –**  **DOADORES DE SANGUE OU DE MEDULA ÓSSEA**  **À Comissão do Processo Seletivo:**   |  | | --- | | **Nome do Candidato (a):** | | **Número da Inscrição:** | | **CPF: RG:** | | **CARGO:** |   De acordo com o item que rege as normas de inscrição do Edital do Processo Seletivo **03/2017** do Município de Saudades(SC), embasado na Lei Estadual nº. 10.567, de 07 de novembro de 1997, venho requerer a isenção por enquadrar-me na condição de doador de sangue ou de medula óssea.  Comprovo ter realizado 03 doações de sangue nos últimos 12 meses que antecederam a abertura do presente Edital ou a doação de medula óssea, conforme documento anexo.   |  |  | | --- | --- | | **DESCRIÇÃO DAS DOAÇÕES** | **PARECER DA BANCA** | |  | ( ) Deferido  ( ) Indeferido | |  | ( ) Deferido  ( ) Indeferido | |  | ( ) Deferido  ( ) Indeferido |   Nestes termos pede deferimento.  Saudades (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |

**ANEXO VII**

**FORMULÁRIO PARA HIPOSSUFICIENTES**

**PROCESSO SELETIVO - Edital 03/2017**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA HIPOSSUFICIENTES**  **À Comissão do Processo Seletivo:**   |  | | --- | | **Nome do Candidato (a):** | | **Numero da Inscrição:** | | **CPF: RG:** | | **CARGO:** |   De acordo com o item que rege as normas de inscrição do Edital do Processo Seletivo **03/2017** do Município de Saudades (SC), embasado na legislação vigente venho requerer a isenção da taxa de inscrição como hipossuficiente conforme faz prova a documentação anexa.  Nestes termos pede deferimento.  Saudades (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato |

Os demais itens permanecem inalterados.

Para que chegue ao conhecimento de todos e, ninguém negue desconhecimento, será publicado no mural da Prefeitura Municipal de Saudades/SC, no sítio do Município **http://**[**www.saudades.sc.gov.br**](http://www.saudades.sc.gov.br).

Saudades (SC), 20 de Fevereiro de 2017.

**DANIEL KOTHE**

**Prefeito Municipal**