

ANEXO II - PEDIDO DE INSCRIÇÃO POR VIA POSTAL

<p align="center">CONCURSO PÚBLICO PARA AUDITOR DE TRIBUTOS MUNICIPAIS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA</p>	<p>VALOR DA TAXA</p> <p>R\$75,00</p>
--	---

NOME DO CANDIDATO (Se necessário, abreviar os nomes intermediários)

Data de Nascimento			Documento de Identidade						
Dia	Mês	Ano	Idade em	Número do Documento			Órgão Expedidor		Estado Emitente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	31/12/2003	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
SEXO	CPF						CEP		
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>
Endereço									
<input type="text"/>									
NÚMERO, CASA, PRÉDIO, APARTAMENTO, Etc.					Bairro				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
DDD	Telefone	Cidade						Estado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						<input type="text"/>	

**Atenção:
É MUITO IMPORTANTE
seu CEP estar correto!**

INDIQUE O NÚMERO CORRESPONDENTE AO SEU CURSO DE GRADUAÇÃO:

<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	1 - Administração 2 - Ciências Contábeis 3 - Direito 4 - Economia	5 - Engenharia 6 - Informática 7 - Outros
---	--	---

Indique, com um "X" se deseja concorrer à vaga reservada a portadores de deficiência.

DECLARO estar ciente de que a minha qualificação como deficiente e a compatibilidade da deficiência declarada com as atribuições do cargo dependerão de avaliação de equipe multiprofissional, na forma estabelecida no Edital regulador do concurso (Anexar laudo médico comprobatório, declarando o nome da deficiência, o código CID e a sua provável causa).

Declaro, sob as penas da lei, que satisfaço às exigências dos atos reguladores do concurso, aceitando todas as regras que lhe são pertinentes.

Local _____, Data ____/____/2003

_____ Assinatura do candidato

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CHEQUE NOMINATIVO, CRUZADO, EM FAVOR DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA -ESAF

Para uso da ESAF: devolver este recibo ao candidato, por via postal, juntamente com um exemplar do Edital regulador do concurso.

CONCURSO PÚBLICO PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA/2003

RECIBO	Recebi o Formulário de Pedido de Inscrição por via postal.	<p><u>SE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:</u> Recebi, também, o Atestado Médico comprobatório da deficiência declarada, conforme Edital.</p>
	_____ UF / / data Carimbo/Assinatura	_____ Carimbo/Assinatura