Município de São José do Cedro
Rua Jorge Lacerda, Nº 1049, Centro - CEP: 89.930-000
Email: administracao@prefcedro.sc.gov.br
Tel/Fax: (49) 3643-6300

COMUNICADO AOS CANDIDATOS EM CONDIÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

A Comissão Municipal Organizadora regida pelo Edital de Processo Seletivo nº 013/2025, que objetiva a admissão para o quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de São José do Cedro, informa que:

Os candidatos que porventura, tenham efetuado o pagamento da taxa de inscrição, porém se enquadram na categoria de **DOADORES DE SANGUE**, poderão solicitar a restituição do valor junto ao município de São José do Cedro. Para isso, é necessário **apresentar um requerimento** (modelo em anexo) até o dia **27.08.2025**, na Prefeitura Municipal de São José do Cedro ou pelo endereço de e-mail: **folha@prefcedro.sc.gov.br**, anexando os seguintes documentos:

- Cópia de documento de identificação oficial com foto;
- Cópia do comprovante de inscrição;
- Cópia do comprovante de pagamento da taxa de inscrição.

São José do Cedro, 05 de agosto de 2025.

Rafael Santin
Presidente da Comissão

Marisete Balbinot
Membro da Comissão

Maira Caetano Casagranda
Membro da Comissão

Município de São José do Cedro
Rua Jorge Lacerda, Nº 1049, Centro - CEP: 89.930-000
Email: administracao@prefcedro.sc.gov.br
Tel/Fax: (49) 3643-6300

EXCELENTÍSSIMO SENHOR
FERNANDO JÚLIO WILL
PREFEITO MUNICIPAL SÃO JOSÉ DO CEDRO/SC

REQUERIMENTO

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, candidato(a) inscrito(a) para o Edital de Processo Seletivo n.º 013/2024 do município de São José do Cedro/SC, para o cargo de _____, inscrição nº _____ venho **REQUERER** a restituição do valor pertinente a taxa de inscrição do aludido certame, mediante depósito em minha conta bancária, conforme dados abaixo:

Banco: _____

Agência: _____

Conta: (___) Corrente (___) Poupança

Número da conta: _____

É o que se requer.

(Local) _____, em _____ de _____ de 2025.

_____

Nome e assinatura do(a) requerente