

**CONCURSO PÚBLICO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS
EDITAL Nº 001, DE 03 DE MARÇO DE 2020 E RETIFICAÇÕES POSTERIORES**

O formulário deverá ser enviado SOMENTE no período previsto no cronograma, após o retorno das atividades presenciais na Fundação CEFETMINAS.

PREENCHER DE FORMA LEGÍVEL

CARGO DO CONCURSO:	
NOME COMPLETO:	
Nº IDENTIDADE:	
Nº INSCRIÇÃO:	
CEL DE CONTATO COM DDD:	()
DADOS BANCÁRIOS:	Nome do titular da conta (deve ser o mesmo da inscrição):
	Tipo de conta para restituição: somente conta corrente
	Nome do Banco: _____ Nº Banco: _____
	Nº Agência c/ dígito (se houver): _____
	Nº Conta c/ dígito (se houver): _____
	Operação (se houver): _____
CPF:	
VALOR R\$:	
DATA DE EFETIVAÇÃO DO PAGAMENTO:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	

Anexar a este formulário: Cópia do documento de identidade e comprovante de pagamento da inscrição.

O formulário deverá ser enviado SOMENTE no período previsto no cronograma, após o retorno das atividades presenciais na Fundação CEFETMINAS

ORIENTAÇÕES – VER EDITAL 001/2020

O formulário deverá ser enviado, devidamente preenchido e assinado pelo candidato e acompanhado da cópia de seu documento de identidade e do comprovante de pagamento da inscrição, em envelope fechado **via SEDEX ou CARTA REGISTRADA, com AR (Aviso de Recebimento)**, postado nas Agências dos Correios com custo por conta do candidato, endereçado à Fundação CEFETMINAS: Rua Alpes, nº 467, Bairro Nova Suíça, CEP: 30421-145, Belo Horizonte/MG.

No envelope, na parte frontal, deverá constar **“Restituição da Taxa de Inscrição – Edital Nº 001/2020 – Concurso Público do Coren”**, além do nome completo, número da inscrição e número do documento de identidade do candidato.

Local: _____ Data: ___/___/___ Assinatura: _____