



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DA TAXA**

Preencha este formulário, na íntegra, com letra de forma LEGÍVEL, assine, digitalize e envie o formulário o e-mail [recursos@aplicativaassessoria.net](mailto:recursos@aplicativaassessoria.net), juntamente com o boleto bancário referente à inscrição e o respectivo comprovante de pagamento

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 à **APLICATIVA GESTÃO** o reembolso do valor da taxa paga referente a minha inscrição nº \_\_\_\_\_, para o cargo de **ENGENHEIRO SANITARISTA**.

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

Assinatura da candidata