



ANEXO IV

REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

O candidato deverá enviar este Requerimento de Restituição da Taxa de Inscrição, via e-mail, juntamente com a cópia legível do documento de identidade, do CPF, do comprovante de endereço, dados bancários do titular da inscrição e comprovante de pagamento da taxa do processo seletivo até o dia descrito no subitem 4.11.

COPEVE-Comissão Permanente de Vestibular

e-mail copeve@unirv.edu.br

Obs.: Todos os dados e documentos solicitados deverão estar de acordo com o **subitem 4,12 do Edital, o qual recomenda-se a leitura atenta antes de preencher este documento.** O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato. A COPEVE processará os requerimentos de restituição da taxa de inscrição após o prazo final de requerimento.

REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____,
CPF nº. _____, RG nº. _____,
telefones _____ regularmente inscrito no **Processo Seletivo Medicina Aparecida 2021/1 nota ENEM**, sob o Nº _____, venho respeitosamente requerer o cancelamento da inscrição ao referido processo seletivo e a restituição da taxa de inscrição para a conta bancária no banco _____
Agência nº _____ Conta Corrente nº: _____ ou
Conta Poupança nº: _____

Candidatos que não possuem conta em instituição bancária será permitido o requerimento de restituição por procuração aos pais ou responsáveis legais, devendo constar que a procuração destina-se à receber restituição de taxa de inscrição do processo seletivo da UniRV. O procurador deverá ter maioria perante a lei sendo necessário o envio de cópia digitalizada no formato PDF da procuração e do documento de identidade do procurador juntamente com a documentação exigida no subitem 4.12

_____, ____/____/_____
Local data

Assinatura do(a) candidato(a)