 

**INSTITUTO SANTOS DUMONT**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE ANITA GARIBALDI**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO**

**CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

O candidato abaixo identificado, tendo em vista o Decreto Federal nº 6.593/2008, requer que lhe seja concedida a isenção da taxa de inscrição no Processo Seletivo 2018 para residência multiprofissional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome completo da mãe: | | | |
| Estado civil: | Data de nascimento: | Naturalidade/UF: | |
| Nº do RG: | Emissor/UF: | Nº do CPF: | |
| Endereço residencial: | | | |
| Bairro: | Cidade/UF: | CEP: | |
| Telefone residencial:  ( ) | Telefone celular:  ( ) | Email: | |
| Quantidade de pessoas que residem com o candidato: | |
| **FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO:**  Declaro que estou inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, com o **NIS** abaixo, e que sou membro de família de baixa renda nos termos do Decreto Federal nº 6.135/2007.    Número do NIS: | | | |
| O candidato declara, sob as penas da lei e da perda dos direitos decorrentes da sua inscrição, serem verdadeiras as informações, os dados e os documentos apresentados, prontificando-se a fornecer outros documentos comprobatórios, sempre que solicitados pela Comissão do Concurso Público.  Em, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |