**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

**NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**PROCESSO SELETIVO 2019**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

O(A) candidato(a) abaixo identificado(a), tendo em vista o Decreto Federal nº 6.593/2008, requer que lhe seja concedida a isenção da taxa de inscrição no Processo Seletivo 2019 para o Programa de Residência Multiprofissional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS DO(A) CANDIDATO(A)** | | | |
| 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: | |
| E-mail: | | | |
| Quantidade de pessoas que residem com o(a) candidato(a): | | | |
| **FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO:**  Declaro que estou inscrito(a) 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |