**REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO NO:**

Programa de Residência em Farmácia com ênfase em Análises Clínicas na Atenção à Urgência e Emergência ( )

Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência ( )

**(Anexo a Resolução** no 138/2016-CAD)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | | |
| **Nome Completo:** | | | | |
| **NIS:** | | | | |
| **RG:** |  | **CPF:** | | |
| **Data de emissão do RG:** | | **Estado emissor:** | | |
| **Data de Nascimento:** | | **Nacionalidade:** | | |
| **Sexo: F ( ) M ( )** | | **Estado Civil:** | | |
| **Nome completo da mãe:** | | | | |
| **Endereço:** | | | | |
| **Bairro:** | **Cidade:** | | **UF:** | **CEP:** |
| **Tel. Res.:** | **Celular:** | | **Tel. Com.:** | |
| **e-mail:** | | | | |
|  |  |  |  |  |

 Vem, por meio deste, requerer a isenção por carência do valor da taxa de inscrição no(s) processo(s) selecionados acima, previsto na Resolução nº 138/2016-CAD.

Maringá, de de 2018.

Declaro, para os devidos fins, que estou regularmente cadastrado no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e sou membro de família de baixa renda (renda familiar mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda familiar mensal de até três salários mínimos), nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

Segue anexa a “Folha Resumo Cadastro Único” e cópias do RG, CPF e NIS.

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, responsabilizando-me pelas mesmas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

(Observação: É de exclusiva responsabilidade do candidato a verificação da regularidade de seu cadastramento perante o órgão gestor do Cadastro Único do município de sua residência.)