**ANEXO III - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| **NOME COMPLETO:** |
| **Programa de Pós-Graduação pretendido:** |
| **CPF:** | **IDENTIDADE:** | **ÓRGÃO EMISSOR:** | **UF:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | **NACIONALIDADE:** | **VISTO PERMANENTE:****(    ) Sim           (    ) Não** | **SEXO:****(     ) Masculino           (     ) Feminino** |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.):** |
| **BAIRRO:** | **CEP:** | **CIDADE:** |
| **UF:** | **PAÍS:** | **E-MAIL:** | **DDD:** | **TEL:** |
| **II – MODALIDADE DE ISENÇÃO** |
| – MARQUE COM “X”, A OPÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO\* |
|  | Inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico (http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico)\* |
|  | Doador de medula óssea em entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde\* |

\* Anexar documentação comprobatória.

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e de que estou ciente de que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura do candidato