**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