

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 NASCIMENTO: | NACIONALIDADE: | VISTO PERMANENTE: () Sim () Não | SEXO: () Masculino () Feminino |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.): | | | |
| BAIRRO: | CEP: | CIDADE: | |
| UF: | PAÍS: | E-MAIL: | DDD: |
| II 3 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 (<https://www.gov.br/pt-br>)