**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