**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