**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE**

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

O candidato abaixo identificado, tendo em vista o Decreto Federal nº 6.593/2008, requer que lhe seja concedida a isenção da taxa de inscrição no Processo Seletivo para ingresso nos Programas de Residência Médica da EMCM/UFRN, Edital 002-2022.

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANTE:**Para finalizar seu pedido de isenção, você deverá se inscrever no site, anotar seu número de inscrição **no PROCESSO SELETIVO** e inseri-lo ao lado. | **Número de Inscrição:** |
| **DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO** |
| Nome completo: |
| Nome completo da mãe: |
| Estado civil: | Data de nascimento: | Naturalidade/UF: |
| Nº do RG: | Emissor/UF: | Nº do CPF: |
| Endereço residencial: |
| Bairro: | Cidade/UF: | CEP: |
| Telefone residencial: | Telefone celular: | Email: |
| Quantidade de pessoas que residem com o candidato: |
| **FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO:**Declaro que estou inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, com o **NIS**abaixo, e que sou membro de família de baixa renda nos termos do Decreto Federal nº 6.135/2007.Número do NIS: |
| O candidato declara, sob as penas da lei e da perda dos direitos decorrentes da sua inscrição, serem verdadeiras as informações, os dados e os documentos apresentados, prontificando-se a fornecer outros documentos comprobatórios sempre que solicitados pela Comissão do Concurso Público.Em, de de .Assinatura do candidato:  |