



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

Nome:		
NIS – Número de Identificação Social:		CPF:
Data de nascimento:		Sexo:
N. identidade (RG):	Órgão Expedidor:	Data de emissão:
Nome da Mãe:		

-Declaro ser candidato:

I- amparado pelo Decreto nº 6.593, de 2 de outubro de 2008, publicado no Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2008; ou

II- candidato inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), de que trata o Decreto no 6.135, de 26 de junho de 2007, ou;

III- candidato membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135, de 2007

- Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade.

- No caso de declaração falsa:

- Declaro estar ciente de que estarei sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do artigo 10 do Decreto nº 83.936, de 6/09/1979.

- Declaro concordar com a divulgação de minha condição de solicitante de isenção de taxa de inscrição nos documentos resultantes da Seleção Pública.

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura