

**SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**  
**Unidades de Atendimento Integrado UAI do Município de Uberlândia**  
**Processo Seletivo - Edital 001/2018**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Nos termos do Edital de Processo Seletivo n.º 01/2018, requiro a isenção do pagamento da taxa de inscrição:

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

**Número do Número de Identificação Social (NIS)** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Função Pretendida: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CTPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_\_

Carteira de Identidade \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

**\*Somente o preenchimento da solicitação de isenção não implica na efetivação da inscrição, o candidato requerente tem que executar todos os procedimentos exigidos no item 4.7.**

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição do processo Seletivo da **SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - UNIDADES DE ATENDIMENTO INTEGRADO UAIs DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA – MG**, que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Edital n.º. 01/2018, em especial o item 4.7.

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Processo Seletivo, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder o cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Processo Seletivo, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do Candidato:** \_\_\_\_\_

**Protocolo:**

**Para uso exclusivo da CONSESP**

[ ] PEDIDO DEFERIDO

[ ] PEDIDO INDEFERIDO