

ANEXO VI – SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO - HIPOSSUFICIENTE

Nos termos do Edital Processo Seletivo Público nº 001/2019 das unidades de saúde UPA's – Amélia Bernardini Cutrale” (UPA CENTRAL), “Nefália de Oliveira Laur” (UPA VALE VERDE), “Dr. Antonio Alonso Martinez” (UPA VILA XAVIER), requiero a isenção do pagamento da taxa de inscrição, na condição de Pessoa Hipossuficiente.

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: _____

Cargo: _____

Nº Inscrição:

CPF Nº: -

Telefone: () -

DECLARAÇÃO

Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição Processo Seletivo Público nº 001/2019 das unidades de saúde UPA's – Amélia Bernardini Cutrale” (UPA CENTRAL), “Nefália de Oliveira Laur” (UPA VALE VERDE), “Dr. Antonio Alonso Martinez” (UPA VILA XAVIER), que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 6.135, de 2007.

Declaro estar inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com o NIS de Nº

Declaro que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Edital nº 001/2019, em especial ao item que se refere à ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO;

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

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do Candidato

Justificativa: