



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE PÚBLICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ANEXO 5. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – FAMED/FURG

Nome do Candidato(a): _____

Identidade: _____ CPF: _____ Fone: _____

Endereço atual: _____ nº: _____ Apto: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____

Indique sua situação a seguir quanto a:

1- Estado civil e renda familiar:

() Solteiro(a), com ou sem renda própria, residindo com os pais;

() Solteiro(a), com renda própria, residindo sozinho(a);

() Casado(a) ou com companheiro(a) com filhos;

() Casado(a) ou com companheiro(a) sem filhos;

() Separado(a), residindo com os filhos;

() Separado(a) residindo sozinho(a);

() Outra, especifique: _____

2 - Condições de moradia:

() Casa ou apartamento próprio;

() Casa ou apartamento em aquisição;

() Casa ou apartamento alugado

() Casa ou apartamento cedido. Por quem?

() Divide aluguel com colegas. Valor pago:

() Pensionato: Valor pago: _____

() Outra, especifique: _____

3 - Justifique o motivo para a solicitação de isenção:



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE PÚBLICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ATENÇÃO: antes de preencher o quadro a seguir, leia cuidadosamente as instruções:

1. Candidato(a) com renda própria que reside sozinho → preencher o quadro somente com os seus dados;
2. Candidato(a) com ou sem renda própria que reside com os pais → preencher o quadro com os seus dados, dos pais e das pessoas que residem com o(a) mesmo(a);
3. Candidato(a) sem renda própria que não reside com os pais, mas depende financeiramente dos mesmos → preencher o quadro com os seus dados, dos pais e das pessoas que residem com o(a) mesmo(a);
4. Candidato(a) casado(a) ou com companheiro(a) → preencher o quadro com os seus dados, do esposo(a) ou companheiro(a) e das pessoas que residem com o(a)

Nome*	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Local de trabalho	Salário	Outra renda

* Somente o primeiro nome.

Declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e que estou ciente de que, se comprovada a inveracidade das informações prestadas, fico sujeito às penalidades cabíveis em lei.

Local _____, _____ / _____ / 2020.

Assinatura do requerente

Assinatura do recebedor



PARECER (uso exclusivo da Coordenação do PPGSP)

Deferido Indeferido

JUSTIFICATIVA:

Data: ____/____/2020

Assinatura do parecerista- pela Comissão