

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
FACULDADE DE MEDICINA
ESPECIALIZAÇÃO EM AGENTES INFECTO-PARASITÁRIOS DE INTERESSE
HUMANO



Rua Gal. Osório s/n, Rio Grande, RS, CEP 96.200-400

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO PARA ESPECIALIZAÇÃO EM AGENTES INFECTO-PARASITÁRIOS DE INTERESSE HUMANO INGRESSO EM 2018

Nome do Candidato(a): _____
Identidade: _____ CPF: _____ Fone: _____
Endereço atual: _____ n°: _____ Apto: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____

Identifique-se numa das situações abaixo.

1- Situação do(a) candidato(a):

- () 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 da família e/ou do(a) candidato(a):

- () Casa ou apartamento próprio; () Casa ou apartamento alugado
() Casa ou apartamento em aquisição; () Casa ou apartamento alugado
() Casa ou apartamento cedido. Por quem? () Divide aluguel com colegas. Valor pago:
() Pensionato. Mensalidade: _____
() Outra. Especifique: _____

3 - Justifique o motivo para a solicitação de isenção: _____

ATENÇÃO: antes de preencher o quadro abaixo, leia as instruções:

- Candidato(a) com renda própria que reside sozinho → preencher o quadro somente com os seus dados;
- 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);
- 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);
- 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	Estado Civil	Ocupação Profissional	Local onde trabalha	Salário	Outros Rendimentos

* 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.
Rio Grande, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do requerente

Assinatura do recebedor

PARECER (uso exclusivo da Coordenação da EAIPHI)

() Deferido () Indeferido

Data: ____/____/____

.....
Assinatura do parecerista