

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, _____,
inscrito (a) no CPF/MF nº _____, portador (a) RG nº _____,
candidato (a) à uma vaga no programa de Residência
Multiprofissional em Saúde _____,
declaro, para efeito de solicitação de concessão de isenção de pagamento da taxa de
inscrição do Processo Seletivo supracitado, que apresento condição de
Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Edital, em especial o
item 4.8 e seus subitens.

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 com o cancelamento da inscrição e
automaticamente a eliminação do Processo Seletivo, podendo adotar medidas legais
contra a minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Palmas/TO, ____, dezembro de 2015.

Candidato (a)