



## **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005*  
**ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL**

### **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a)  
no CPF/MF nº \_\_\_\_\_, portador (a) RG n.º \_\_\_\_\_,  
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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Candidato (a)