Nº

**FORMULÁRIO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO AO PROCESSO SELETIVO 2020 DO PPG EM SAÚDE COLETIVA**

Curso: ( ) Mestrado

 ( ) Doutorado

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:­­­­ ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação de todas as pessoas que compõem seu domicílio e/ou aqueles que contribuem para seu sustento e/ou da família, incluídos aqui o requerente e todos os componentes do seu núcleo familiar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Parentesco | Idade | Estado Civil | Profissão | Situação Atual\* | Renda Bruta (R$) | Outras Rendas(R$) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 \*Código da situação atual: **A** (Aposentado) **T** (Trabalha) **I** (Incapacitado - doença) **E** (Estudante) **P** (Pensionista) **DSR** – Desempregado sem renda

Declaro, sob as penalidades da lei, serem verdadeiras as informações aqui prestadas e estar ciente de que a não apresentação da documentação completa implica no desligamento do processo de Isenção.

Declaro, ainda, que entreguei ........................folhas anexadas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2019 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do(a) candidato(a)

**DECLARAÇÃO DE RENDA PARA FINS DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO EM PROCESSO SELETIVO**

 Eu, (nome), (estado civil), inscrito no CPF sob o nº (inserir o número do documento), portador do RG nº (inserir o número do documento), residente e domiciliado na (nome da rua ou outro logradouro), nº, no bairro (nome do bairro), no município de (nome do município) declaro, para os devidos fins, que (descrever a atividade remunerada ou o não exercício da mesma) e que a renda per capita do meu grupo familiar é igual ou inferior a um salário mínimo e meio, conforme art. 1º, §1º, I da Lei 12.799 de 10 de abril de 2013.

 Declaro, ainda, ter cursado todo o ensino médio em escola da rede pública ou como bolsista integral em escola da rede privada, conforme art. 1º, §1º, II da Lei 12.799 de 10 de abril de 2013.

 Autorizo o Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva a confirmar e verificar as informações acima prestadas, ciente de que documentos inidôneos ou a apresentação de informações falsas implicarão a reprovação do candidato, sujeitando-o às penalidades previstas no art. 299 do Decreto Lei nº 2848/1940 (Código Penal) que versa sobre declarações falsas, documentos forjados ou adulterados, constituindo-se em crime de falsidade ideológica.

 Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

 Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Testemunha 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e CPF:

Assinatura Testemunha 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e CPF:

**NOTA: Esta declaração só é válida com o reconhecimento em cartório da assinatura do declarante.**