***ANEXO A***

***REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA – PROTOCOLO N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***À***

***COMISSÃO DE ANÁLISE DE PEDIDO DE ISENÇÃO DO VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome:* | | | | | | |
| *Data Nasc.:* | | | *Mãe:* | | | |
| *RG N°* | *Órgão Exp.:* | | | | *Data de Expedição:* | *UF* |
| *CPF N°* | | *NIS n° (Atribuído pelo CadÚnico):* | | | | |
| *Residente:* | | | | | | |
| *Cep.* | *Bairro:* | | | | *Cidade:* | *UF* |
| *Contato:* | | | | *e-mail:* | | |

*Venho* ***REQUERER*** *à Comissão de Avaliação do Processo Seletivo do Ano Acadêmico de 2018 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado,* ***isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição.***

Declaro, que na condição de pessoa com deficiência e necessidade especial estou amparado nos termos da Lei Estadual n° 6.988, de 2 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial do Estado do Pará de 4 de julho de 2007;

Declaro que na condição de pessoa com hipossuficiência econômica estou amparada pelo Decreto n° 6.593, de 2 de outubro de 2008, que trata da isenção de taxa de inscrição, e no Decreto n° 6.135 de 26 de junho de 2007 por estar inscrito no cadastro único para programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, e ser membro de família de baixa renda.

Estou ciente que devo apresentar os documentos comprobatórios, conforme estabelecido no Edital.

*Belém/PA,* */* */ 2018.*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Assinatura do Candidato*

|  |
| --- |
| ***PARECER DA COMISSÃO:***  ***( ) Deferido***  ***( ) Indeferido – Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

***REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA – PROTOCOLO N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***INTERESSADO(A): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Solicitação de Isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição do Processo Seletivo do Ano Acadêmico de 2018 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/ 2018.* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Assinatura do receptor* |