



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE



Favor, preencher com letra de forma, enviar por e-mail.

Nome	
Nome Social	
CPF	
RG	
TELEFONE	
E-MAIL	

Venho através deste, requerer a Comissão de Seleção do Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente dispensa da taxa de inscrição deste certame, visto que me enquadro na seguinte condição: Candidato inscrito no Cadastro Único para os Programas Sociais do Governo Federal e membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007

Assim, juntando documentação comprobatória exigida e de plena ciência das implicações legais civis e criminais que uma falsa declaração originaria, peço deferimento.

Recife, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO CANDIDATO(A)