

ANEXO 1a

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE – 2020

MODELO DE FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nome do candidato:	
Profissão:	CPF:
Instituição de Formação:	Ano:
Nº do NIS:	Nº Inscrição:
Para comprovação que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135, de 2007, apresento o documento atual formulário e o comprovante de comprovante de inscrição com o nome do candidato no CADÚNICO, atualizado até pelo menos o ano de 2019.	
Assinatura do Candidato:	

***Obrigatório cópia do RG**