

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

NOME: [nome completo do(a) Candidato(a)]

CPF: [número do CPF do(a) Candidato(a)]

Eu, supra identificado (a), declaro, para fins de isenção de pagamento de taxa de inscrição no processo seletivo dos programas de residências multiprofissionais da ASCES-UNITA em parceria com Ministério da Saúde, ser membro de família de baixa renda, nos termos do subitem 2.6.1 do edital de abertura de nº 09/2023, e que, em função de minha condição financeira, não posso pagar a taxa de inscrição.

Declaro estar ciente de que a Comissão Avaliadora, verificará as informações prestadas e, em decisão terminativa, deliberará sobre a concessão, ou não, da isenção, reservando-se o direito de exigir, a qualquer tempo, documentos que atestem a condição que motiva a solicitação de atendimento declarado.

Declaro, por fim, que, em função de minha condição financeira, não posso pagar a taxa de inscrição do processo seletivo das residências e estar ciente das penalidades por emitir declaração falsa previstas no parágrafo único do art. 10 do Decreto no 83.936, de 6 de setembro de 1979.

Por ser verdade, firmo o presente para que surtam seus efeitos legais.

[CIDADE], [DIA] DE [MÊS] DE [ANO].

[Nome/assinatura do(a) Candidato(a)]

OBS.: Preencher os dados [DESTACADOS] acima