**ANEXO II**

**PEDIDO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO 2019.1**

|  |
| --- |
| Candidato: Leia a Lei nº 12.799, de 10 de abril de 2013 antes de submeter seu pedido. Ao candidato que comprovar o inciso I do Parágrafo Único do Art. 1º da referida lei será assegurada isenção parcial de 50% do valor da taxa.  **Processo Seletivo: ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO** |
| **Nome do candidato:** |
| **Nº de Inscrição:** |
| **Área de Concentração: ( ) Saúde e Sociedade ( ) Tecnologia e Saúde** |
| **Linha de Pesquisa:** |
| **Comprovantes anexados:**  ( ) renda familiar per capita igual ou inferior a um salário mínimo e meio;  ( ) ter cursado o ensino médio completo em escola da rede pública ou como bolsista integral em escola da rede privada. |
| **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**  Declaro, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição do Processo Seletivo 2019.1 – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, que apresento condição de Hipossuficiência Financeira, nos termos da Lei 12.799 de 10 de abril de 2013.  Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Processo Seletivo, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração idônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder o cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Processo Seletivo, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive a de natureza criminal.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Candidato |