

DECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA

Eu, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, emitida pelo(a)
_____ e CPF nº _____, residente na
_____ na Cidade de
_____, declaro, para fins de solicitação de isenção de inscrição no Processo
Seletivo da Residência Médica – Edital 01/2019, que atendo ao disposto no artigo 2.8.4 do referido
edital, sendo candidato em condição de baixa renda, de acordo com os Decretos 6593/2008 e
6135/2007, possuindo renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou renda
familiar mensal de até três salários mínimos e estando devidamente inscrito no Cadastro Único para
Programas Sociais – CadÚnico, sob o NIS nº _____.

Certifico ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras e estou
ciente de que qualquer declaração falsa implica nas penalidades previstas no Edital de abertura
desta seleção.

Mossoró/RN _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Candidato(a)