

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA
EDITAL Nº ____/201_

INFORMAÇÕES DO CANDIDATO

Nome:	
R.G.:	Órgão expedidor:
Data de expedição:	CPF:
Data de Nascimento:	Nº do NIS:
Nome da mãe:	
Endereço completo:	
Departamento:	
Matéria de Ensino:	
Tel: ()	E-mail:

Declaro, para efeito de concessão de isenção de pagamento de taxa de inscrição deste concurso público, e sob as penas da lei, ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, ____/____/201_.

Assinatura do candidato

**RECIBO DE ENTREGA DO PEDIDO ISENÇÃO PARA INSCRIÇÃO EM
CONCURSO PÚBLICO - UFS**

Candidato: _____

Recebi o pedido,

_____/_____/_____
DATA

REPRESENTANTE DA
DIRES