

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Oswaldo Cruz

## ANEXO II - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

<b>Nome:</b>		
<b>NIS (Número de Identificação Social):</b>		<b>CPF:</b>
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Sexo:</b>	
<b>Nº da identidade (RG):</b>	<b>Órgão Expedidor:</b>	<b>Data de emissão:</b>
<b>Nome da mãe:</b>		

Declaro ser candidato(a):

I- amparado pelo Decreto nº 6.593, de 2 de outubro de 2008, publicado no Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2008; ou

II- candidato(a) inscrito(a) no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), de que trata o Decreto no 6.135, de 26 de junho de 2007, ou;

III- candidato(a) membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135, de 2007

- Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade.

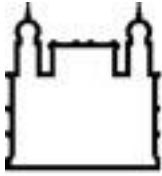
- No caso de declaração falsa:

- Declaro estar ciente de que estarei sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do artigo 10 do Decreto nº 83.936, de 6/09/1979.

- Declaro concordar com a divulgação de minha condição de solicitante de isenção de taxa de inscrição nos documentos resultantes da Seleção Pública.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Instituto Oswaldo Cruz