



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS - CCM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E  
DO ADOLESCENTE



Favor, preencher com letra de forma, enviar por e-mail.

Nome	
Nome Social	
CPF	
RG	
TELEFONE	
E-MAIL	

Venho através deste, requerer a Comissão de Seleção do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente dispensa da taxa de inscrição deste certame, visto que me enquadro na seguinte condição: Candidato inscrito no Cadastro Único para os Programas Sociais do Governo Federal e membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007

Assim, juntando documentação comprobatória exigida e de plena ciência das implicações legais civis e criminais que uma falsa declaração originaria, peço deferimento.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO(A)