

## FORMULÁRIO - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, sob as penas da lei, para fins de isenção de taxa de inscrição no certame de residência médica da ....., que sou hipossuficiente, nos termos dos Decretos Federais nº 6.593, de 02 de outubro de 2008 e nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

Estou ciente que, se acaso verificada má fé de minha parte, a qualquer momento, serei eliminado deste certame, sujeitando-me às penalidades legais daí decorrentes.

São Paulo, ..... de ..... de 201.....

Nome:

.....

RG: ..... N°. do NIS:

.....

Possui CadÚnico: ( ) Sim ( ) Não

Inscrição nº: ..... Cargo pretendido:

.....

**ATENÇÃO:** O candidato deverá encaminhar este formulário devidamente preenchido e assinado, dentro do prazo preconizado no Edital, instruído com a solicitação de isenção da taxa de inscrição, a cópia (autenticada) do cartão emitido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ou do documento que comprove seu cadastro no CadÚnico do referido Ministério, com a expressa apresentação do NIS e cópia simples do RG e CPF, por Sedex, ao Instituto Zambini na Av. Fagundes Filho, 141 - cj. 43 - Edifício Denver - 4º andar - São Judas, CEP 04304-010 - São Paulo/SP, indicando no envelope “Ref: Isenção de Taxa – .....(identificação da Res. Médica)..... – ‘Nome do Cargo (função)’”.

*Para fins do prazo estipulado, considerar-se-á a data de postagem aposta pelos CORREIOS. Os documentos encaminhados extemporaneamente ou fora da forma estipulada neste formulário serão recusados.*

---

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE