



**FUNDAÇÃO**  
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO  
**UNICENTRO**

**INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ**

**FORMULÁRIO/DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO – CANDIDATO HIPOSSUFICIENTE/DOADOR DE MEDULA**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

DATA NASC: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

NIS: \_\_\_\_\_

DOADOR DE MEDULA ÓSSEA: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

**“DECLARO QUE ATENDO À CONDIÇÃO ESTABELECIDADA NO ITEM 7.11.1.2.1, ALÍNEAS "A" E "B" DO EDITAL DE ABERTURA.”**

**O CANDIDATO QUE SOLICITAR A ISENÇÃO DEVERÁ EFETUAR OBRIGATORIAMENTE SUA INSCRIÇÃO NO SITE.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura