



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

DOCUMENTOS EXIGIDOS

- Solicitações relacionadas a hipossuficiência financeira assinar a declaração abaixo
- Solicitações relacionadas a residência no exterior que inviabilize o recolhimento da taxa anexar comprovante de residência

ATENÇÃO!

Todas as informações solicitadas são indispensáveis à avaliação da solicitação

CURSO PRETENDIDO	NÍVEL
Ciências Naturais	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> DS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	Ciências Naturais
LINHA DE PESQUISA	
ORIENTADOR	CÓDIGO DA VAGA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO					
SEXO	CPF - candidatos brasileiros	IDENTIDADE /Passaporte	ORG. EMIS.	UF	DATA DE EMISSÃO
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					___/___/___
NASCIMENTO	NACIONALIDADE	VISTO PERMANENTE	E-MAIL		
___/___/___		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
ENDEREÇO					
CIDADE	UF	PAÍS	CEP	TELEFONE	

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

<input type="checkbox"/> Hipossuficiência Financeira	<input type="checkbox"/> Residência no exterior*
--	--

*Anexar comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA NO EXTERIOR

DECLARO que não resido no Brasil de acordo com o comprovante em anexo e que não é viável proceder ao pagamento da taxa de inscrição de acordo com o ANEXO 1 do edital pelo sistema bancário do País onde resido. **DECLARO** também estar ciente de que a veracidade das informações apresentadas é de inteira responsabilidade minha, podendo a Comissão Coordenadora do PPGCN, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e, automaticamente a eliminação do candidato do processo seletivo a qualquer momento caso comprovada qualquer irregularidade.

LOCAL	DATA	ASSINATURA
	___/___/___	

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARO, para efeito de solicitação de concessão da isenção de pagamento de taxa de inscrição que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no ANEXO 2 (ITEM 1.1-b e item 1.2 do EDITAL. **DECLARO** também estar ciente de que a veracidade das informações apresentadas é de inteira responsabilidade minha, podendo a Comissão Coordenadora do PPGCN, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da inscrição e, automaticamente a eliminação do candidato do processo seletivo a qualquer momento caso qualquer irregularidade.

LOCAL	DATA	ASSINATURA
	____/____/____	

DECLARAÇÃO

DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados pela instituição para avaliá-lo, bem como as normas estabelecidas pelo Regimento de Pós-Graduação da UENF e do curso.

LOCAL	DATA	ASSINATURA
	____/____/____	

PARA USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO COORDENADORA DO PPGCN

RESULTADO	(<input type="checkbox"/>) Deferido	(<input type="checkbox"/>) Indeferido
------------------	---------------------------------------	---

JUSTIFICATIVA	
----------------------	--

LOCAL	DATA	ASSINATURA
	____/____/____	