UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO DA LUSOFONIA AFRO BRASILEIRA (UNILAB)

A(o) Diretor(a) do Instituto de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome do candidato), nacionalidade (brasileiro ou outra), documento de identidade/passaporte n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /(órgão expedidor), CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) em (data) \_\_/\_\_/\_\_\_\_, residente (endereço completo), telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato a vaga de Professor Substituto, setor de estudo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de que trata o Edital nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer a V. Senhoria isenção da taxa de inscrição prevista no mencionado Edital.

Para tal fim, conforme dispõe o artigo 1º da Lei nº 13.656/2018, publicada no DOU de 02/05/2018, declara:

( ) pertencer à família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), do Governo Federal, cuja renda mensal per capita é inferior ou igual a meio salário-mínimo nacional. Informa o Número de Inscrição Social – NIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, referente a sua inscrição.

( ) ser doador de medula óssea em entidade reconhecida pelo Ministério da Saúde. Anexa documento comprobatório, contendo o número de inscrição no Registro Brasileiro de Doador de Medula Óssea - REDOME.

Declara, outrossim, estar ciente de que sofrerá as sanções previstas no artigo 2º da Lei nº 13.656/2018, caso as informações/declarações contidas neste requerimento não sejam verdadeiras.

N. Termos,

P. Deferimento.

...................., ...........de .................................de .............

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)