



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO COORDENAÇÃO DE CONCURSO E
SELEÇÃO DE PESSOAL – DDP/PROGEPE

Rua Dom Manoel de Medeiros, s/n – Dois Irmãos – Recife, PE, CEP 52.171-900 Site:
www.concurso.ufrpe.br/ E-mail: docente.concurso@ufrpe.br

REQUERIMENTO GERAL DE ISENÇÃO

À Coordenação de Concurso e Seleção de Pessoal da UFRPE,

Atenção: Todos os dados e documentos solicitados deverão estar de acordo com o o que se pede no Edital, para o qual se recomenda leitura atenta antes do preenchimento e envio este documento. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

Eu, _____, com inscrição de nº. _____; CPF nº _____, telefone(s) () _____, concorrendo à Seleção Pública para provimento de professor () substituto () visitante na área _____, para o Departamento/Unidade Acadêmica _____, regido pelo Edital nº ____/____, venho requerer a esta Universidade isenção da inscrição nos termos da Lei nº 13.656 de 30 de abril de 2018 de baixo da qual declaro que faço jus à isenção da taxa de inscrição, pela(s) seguinte(s) condição(ões):

() candidatos que pertençam a família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), do Governo Federal, cuja renda familiar mensal per capita seja inferior ou igual a meio salário-mínimo nacional; Obs: Precisa informar os seguintes dados: I. Nome completo sem abreviaturas; II. Número de inscrição na seleção; III. Número do CPF; IV. Data de nascimento; V. Sexo; VI. Número do RG com o órgão expedidor; VII. Data de expedição do RG; VIII. Nome da mãe completo sem abreviaturas e IX. Número do NIS.

() candidatos doadores de medula óssea em entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Obs: Para comprovação enviar os seguintes documentos: a) Documento de identificação; b) Carteira de Doador de Medula Óssea emitida pelo Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) conforme Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, e entidade reconhecida pelo Ministério da Saúde; c) Atestado ou laudo emitido por médico inscrito no Conselho Regional de Medicina ou de entidade reconhecida pelo Ministério da Saúde, que comprove que o candidato efetuou a doação de medula óssea, com a data da doação e dados do candidato doador.

Para tanto, seguem em anexo, nos termos do Edital, as informações e ou documentos comprobatórios e reconheço as sanções cabíveis em caso de informação falsa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) candidato(a)