

DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA PESSOAL E FAMILIAR
Item 7.3 do Edital Normativo

EU (favor preencher com letra de forma - todos os campos são de preenchimento obrigatório),

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES):		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO:	CPF:	NÚMERO DO NIS:

DECLARO, para fins de isenção da taxa de inscrição do **Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, SOLICITO**, e de acordo com item 7 do Edital Normativo, que a composição da minha renda familiar^(*) corresponde ao discriminado no quadro a seguir:

Nome completo	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Renda Mensal (R\$)	CPF

^(*) Renda familiar: membros da família residente sob o mesmo teto, inclusive o próprio candidato.

Conforme item 7.5 do Edital Normativo, estou ciente que as informações prestadas no requerimento de isenção de taxa de inscrição são de minha inteira responsabilidade, podendo responder, a qualquer momento, por crime contra a fé pública, o que acarretará em minha eliminação do processo seletivo, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do art. 10 do Decreto

_____ (____), ____ de _____ de 2020.

Assinatura do(a) candidato(a)