

**REQUERIMENTO DE PRÉ-INScrição – DESCONTO DE TAXA
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 2017**

Nome completo:		
Data de nascimento:	Local de nascimento:	
Endereço completo:		Bairro:
Telefone:	Celular:	
E-mail:	CRM nº:	
Cidade:	UF:	CEP:

Curso Superior: Faculdade / Universidade

Nome:	
Cidade:	UF:

É o presente para requerer a redução de 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa de inscrição, consoante autorização da Lei Estadual nº 12782, de 20 de dezembro de 2007, pelo seguinte motivo, devidamente justificado e documentado, conforme as regras do edital:

- () ser estudante, regularmente matriculado em curso superior de graduação ou pós-graduação
() receber remuneração mensal inferior a dois salários mínimos vigente no Estado de São Paulo
() encontrar-se desempregado

DECLARO estar de acordo com as normas estabelecidas no edital do concurso de admissão ao 1º ano de Residência Médica (2017), do Curso de Medicina da Universidade Brasil e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis – SP, notadamente o que dispõe o item 1.6: *No caso de emprego de fraude, pelo candidato beneficiado pela redução, serão adotados os procedimentos previstos pela Lei 12782, de 20/12/2007 e, se confirmada a presença de ilícito, fica o candidato imediatamente excluído do processo seletivo e o Ministério Público será comunicado sobre o fato.* Outrossim, declaro que estou ciente de que esta ficha/requerimento não isenta o candidato ao preenchimento do formulário oficial de inscrição ao concurso de admissão ao PRM – Universidade Brasil, para participação no processo seletivo.

Local:	Data:	Assinatura:
--------	-------	-------------