



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA  
FINANCEIRA EDITAL N° \_\_\_\_/20\_\_**

**INFORMAÇÕES DO CANDIDATO**

*(Preencher o formulário completo, datar e assinar)*

<b>Nome:</b>	
<b>Nº do NIS:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>R.G.:</b>	
<b>Data de Expedição:</b>	
<b>Órgão Expedidor:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Nome da mãe:</b>	
<b>Departamento:</b>	
<b>Matéria de Ensino:</b>	
<b>Tel: ( )</b>	<b>E-mail:</b>

Declaro, para efeito de concessão de isenção de pagamento de taxa de inscrição deste concurso público, e sob as penas da lei, ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007 e da Lei nº 13.656/18.

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

.....

**RECIBO DE ENTREGA DO PEDIDO ISENÇÃO PARA INSCRIÇÃO EM  
CONCURSO PÚBLICO - UFS**

Candidato: \_\_\_\_\_

Recebi o pedido,

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE DA  
DIRES