



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
CARDIOVASCULAR E EM RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM CARDIOVASCULAR –  
2023**

**ANEXO II - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

**( ) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Cardiovascular**

**( ) Enfermagem ( ) Farmácia ( ) Fisioterapia ( ) Nutrição**

**( ) Odontologia ( ) Psicologia ( ) Serviço Social**

**( ) Programa de Residência em Enfermagem Cardiovascular**

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito(a) no  
CPF nº \_\_\_\_\_, portador(a) RG nº \_\_\_\_\_, órgão  
expedidor \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, candidato(a) à uma vaga neste processo seletivo declaro  
para efeito de solicitação de concessão de isenção de pagamento da taxa de inscrição do  
processo seletivo supracitado, que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e  
que atendo ao estabelecido no Edital, em especial o item 6.5 e seus subitens. Declaro  
também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações  
apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Processo  
Seletivo, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer  
outro tipo de irregularidade, proceder com o cancelamento da inscrição e  
automaticamente a eliminação do processo seletivo, podendo adotar medidas legais  
contra a minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)