

**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
CARDIOVASCULAR E EM RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM CARDIOVASCULAR –
2024**

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)