



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia, Inovação e Desenvolvimento Social  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Nos termos do Edital do Concurso Público para o cargo de Professor Adjunto,  
Da Faculdade de Odontologia da UERJ,  
do Departamento de Diagnóstico e Terapêutica – DIATER,  
da Área de Odontologia / Estomatologia,  
solicito a isenção do pagamento da taxa de inscrição.

NOME CANDIDATO [ ]	
RG [ ]	CPF [ ]
RUA [ ]	COMPLEMENTO [ ]
BAIRRO [ ]	CEP [ ]
TELEFONES [ ]	E-MAIL [ ]

### Composição Familiar

Informe os dados de todas as pessoas que residem no mesmo endereço do candidato.

NOME	CPF	PARENTESCO	SALÁRIO RENDA MENSAL
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### Declaro:

1. Serem verdadeiras as informações aqui apresentadas, para efeito de concessão de isenção de pagamento de taxa de inscrição do processo seletivo para provimento conforme consta no Edital do referido concurso;
2. Ter ciência de que a falsidade das declarações, sob as penas da lei, acarretará na perda dos direitos decorrentes da inscrição;
3. E que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos para esta solicitação.

### Relação de documentos (cópia) do candidato e dos membros da família que devem ser anexados a presente solicitação.

1. Declaração de Imposto de renda;
2. Contra-cheque (3(três) últimos) ou documento de comprovação de renda;
3. Carteira de trabalho ou comprovante de vínculo empregatício;
4. CPF e RG;
5. Comprovante de residência;
6. Certidão de dependentes.

Data [ ]/[ ]/[ ]	Assinatura
---------------------	------------