



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 Prótese – DEPROTES,
da Área de Clínica Odontológica / Prótese Removível,
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