

**ANEXO III – FORMULÁRIO PARA AUTODECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA**

**ATENÇÃO: Este formulário é apenas referência ao conteúdo do Edital 01/2020. O(A) candidato(a) deve usar o formulário eletrônico na página da Seleção.**

**DECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, emitida pelo(a)  
\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, residente na  
\_\_\_\_\_ na Cidade  
de \_\_\_\_\_, declaro, para fins de solicitação de isenção de inscrição  
no Processo Seletivo da Residência Médica – Edital 01/2020 – COREME/UERN, que  
atendo ao disposto no artigo 2.8.4 do referido edital, sendo candidato em condição de  
baixa renda, de acordo com os Decretos 6593/2008 e 6135/2007, possuindo renda  
familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou renda familiar mensal de até três  
salários mínimos e estando devidamente inscrito no Cadastro Único para Programas  
Sociais – CadÚnico, sob o NIS nº \_\_\_\_\_.

Certifico ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras e  
estou ciente de que qualquer declaração falsa implica nas penalidades previstas no Edital  
de abertura desta seleção.

Mossoró/RN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)