|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo UFPB 01 — UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA**  **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MORFOLOGIA** | logo ccs 400.png — UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB ... |  |

**I Curso de Especialização em Morfologia da Universidade Federal da Paraíba - I CEM/UFPB**

**INSTRUÇÕES SOBRE A SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação *“Lato Sensu”* definido como I Curso de Especialização em Morfologia (I CEM/UFPB), lotado no Departamento de Morfologia, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, no uso de suas atribuições, informa que **os pedidos de isenção da taxa de inscrição e toda a documentação associada devem ser enviados para o e-mail: posmorfologiaufpb@gmail.com ,** **de acordo com o período (16 a 31 de outubro de 2023) e instruções para solicitação de isenção da taxa de inscrição, previstos nos itens 1.1, 3.1 e 3.2 do Edital 01/2023,** que trata da seleção de discentes para o programa de Pós-graduação Lato Sensu em Morfologia da Universidade Federal da Paraíba (DMORF/CCS/UFPB).

É importante ressaltar que, de acordo com o referido Edital, para os candidatos que farão uso do direito contemplado nas alíneas “a” e “b” do item 3.1, faz-se necessário o preenchimento do ANEXO III. Já para os candidatos que farão uso do direito contemplado na alínea “c” do item 3.1 faz-se necessário o preenchimento do ANEXO IV. Ambos estão anexados ao Edital e a este documento.

A divulgação da relação dos isentos acontecerá no dia 06 de novembro de 2023.

João Pessoa, 16 de outubro de 2023



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof. Dr. André de Sá Braga Oliveira

Presidente da Comissão do Processo Seletivo do I CEM/UFPB

**ANEXO III**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo UFPB 01 — UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA**  **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MORFOLOGIA** | logo ccs 400.png — UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB ... |  |

# REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHER COM LETRA DE FORMA** | | | |
| **COMISSÃO DE SELEÇÃO DO PROCESSO SELETIVO DO I CEM** | | | |
| Nome completo: | | | |
| RG ou documento oficial de identidade: | | CPF: | |
| Telefones para contato com DDD: | | E-mail: | |
| **NÚMERO DE INSCRIÇÃO SOCIAL – NIS (CadÚnico – Dec. 6.593/2008)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| Caso a inscrição seja feita por procurador, preencher os campos abaixo: | | | |
| Departamento responsável: | | | Área do conhecimento para a qual deseja se inscrever: |
| **Vem, perante Vossa Senhoria, requerer isenção da taxa de inscrição para o Processo Seletivo Simplificado para professor substituto. Para tanto, DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, ser membro de família de baixa renda, nos termos da Lei nº12.799, de 2013 e do item 3.1 do Edital nº 01/2023 do CEM, e serem verdadeiras as informações por mim prestadas. Nestes termos, pede deferimento.** | | | |
| Local e data | Assinatura do candidato ou procurador | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¹ Lei nº12.799, de 20013 (Definições)**

Para fins desta Lei, adotam-se as seguintes definições:

Será assegurado isenção total do pagamento das taxas referidas no caput ao candidato que comprovar cumulativamente:

I - renda familiar per capita igual ou inferior a um salário mínimo e meio.

**ANEXO IV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo UFPB 01 — UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA**  **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MORFOLOGIA** | logo ccs 400.png — UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB ... |  |

1. REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **PREENCHER COM LETRA DE FORMA** | |
| **SENHOR PROFESSOR CHEFE DE DEPARTAMENTO** | |
| Nome completo: | |
| RG ou documento oficial de identidade: | CPF: |
| Telefones para contato com DDD: | E-mail: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Caso a inscrição seja feita por procurador, preencher os campos abaixo: | | |
| Departamento responsável: | | Área do conhecimento para a qual deseja se inscrever: |
| **Vem, perante Vossa Senhoria, requerer isenção da taxa de inscrição para o Processo Seletivo Simplificado para Professor Visitante. Para tanto, DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, ser doador de medula óssea, conforme cadastro junto ao Registro Nacional de Doador Voluntário de Medula Óssea, nos termos do inciso II, da Lei 13.656/2018¹ e do item 3.1 do Edital nº 01/2023 do CEM, e serem verdadeiras as informações por mim prestadas. Nestes termos, pede deferimento.** | | |
| Local e data | Assinatura do candidato ou procurador | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¹ Lei Nº 13.656, de 30 de abril de 2018**

*Art. 1º São isentos do pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos para provimento de cargo efetivo ou emprego permanente em órgãos ou entidades da administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União:*

*I - os candidatos que pertençam a família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), do Governo Federal, cuja renda familiar mensal per capita seja inferior ou igual a meio salário-mínimo nacional;*

***II - os candidatos doadores de medula óssea em entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde.***

*Parágrafo único. O cumprimento dos requisitos para a concessão da isenção deverá ser comprovado pelo candidato no momento da inscrição, nos termos do edital do concurso.*