

Unicastelo

Universidade Camilo Castelo Branco

Curso de Medicina

Curso autorizado pela Portaria nº 1.723, de 4/7/2003 – DOU 7/7/2003
Portaria MEC nº 40, artigo 63, de 2007

Comissão de Residência Médica

Telefone (17) 3465-4200

E-mail: coord.coreme.fer@unicastelo.br



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FERNANDÓPOLIS

SANTA CASA DE FERNANDÓPOLIS

CNPJ 47.844.287/0001-08

Av. Afonso Cáfaró, 2630 CEP 15600-000 SP

Tel: (17) 3465-6122 FAX 3442-6176

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – 2010

Nome completo:		
Data de nascimento:	Local de nascimento:	
Endereço completo:		Bairro:
Telefone:	Celular:	
E-mail:	CRM nº:	
Cidade:	UF:	CEP:

Curso Superior: Faculdade / Universidade (vide relação de escolas)

Nome:	Código:
Cidade:	UF:

É o presente para requerer a redução de 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa de inscrição, consoante autorização da Lei Estadual nº 12782, de 20 de dezembro de 2007, pelo seguinte motivo, devidamente justificado e documentado, conforme as regras do edital:

- () ser estudante, regularmente matriculado em curso superior de graduação ou pós-graduação
- () receber remuneração mensal inferior a dois salários mínimos vigente no Estado de São Paulo
- () encontrar-se desempregado

DECLARO estar de acordo com as normas estabelecidas no edital do concurso de admissão ao 1º ano de Residência Médica (2010), do Curso de Medicina da Universidade Camilo Castelo Branco – UNICASTELO e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis – SP, notadamente o que dispõe o item 1.6: *No caso de emprego de fraude, pelo candidato beneficiado pela redução, serão adotados os procedimentos previstos pela Lei 12782, de 20/12/2007 e, se confirmada a presença de ilícito, fica o candidato imediatamente excluído do processo seletivo e o Ministério Público será comunicado sobre o fato.* Outrossim, declaro que estou ciente de que esta ficha/requerimento não isenta o candidato ao preenchimento do formulário oficial de inscrição ao concurso de admissão ao PRM – Unicastelo, para participação no processo seletivo.

Local:	Data:	Assinatura:
--------	-------	-------------

Campus - São Paulo

Rua Carolina Fonseca, 584 – Itaquera
CEP: 08230-230 – São Paulo – SP
Fone: 11 6170.0000
email: unicastelo@unicastelo.br

Campus - Fernandópolis

Est. Projetada F-1, s/n – Fazenda Santa Rita
CEP: 15600-000 – Fernandópolis – SP
Fone: 17 3465.4200
email: unicasteloc7@unicastelo.br

Campus - Descalvado

R. Hilário da Silva Passos, 950 – Parque Universitário
CEP: 13690-970 – Descalvado – SP
Fone: 19 3593.8500
email: unicasteloc8@unicastelo.br