

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS A PRODUTOS PARA SAÚDE- PPGCAPS**

**ISENÇÃO TAXA - REQUERIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, venho requerer à Comissão de Seleção do Programa de Pós-Graduação Em Ciências Aplicadas a Produtos Para Saúde da UFF isenção de pagamento da taxa de inscrição para seleção curso de \_\_\_\_\_ oferecido por esse Programa para o ano de \_\_\_\_\_. Declaro que o meu Número de Identificação Social (NIS) é \_\_\_\_\_ e declaro que atendo à condição de membro de família de baixa renda, de acordo com os termos postos no Decreto nº 6.593, de 2 de outubro de 2008.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Assinatura do candidato (a) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_