

ANEXO III
REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____
portador(a) da Cédula de Identidade nº _____ inscrito
no CPF nº _____,
venho requerer a isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição para o Programa de
Residência Médica - 2021, da CLINICA CAMPO GRANDE - HOSPITAL DO CORAÇÃO, nos termos da
Resolução CNRM nº 07, de 20 de outubro de 2010, anexando à documentação que comprova as
condições da Resolução, sob as penas da Lei, que essa é verdadeira e idônea.

Nestes termos, pede deferimento.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do candidato