**ANEXO II**

**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL DO HCFMUSP - 2019**

**MODELO DA DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO DESEMPREGADO**

**D E C L A R A Ç Ã O**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, sob pena das sanções cabíveis, para fins de concessão de redução de pagamento do valor da taxa de inscrição prevista na Lei n° 12.782/07 e no Edital de Abertura de Inscrições, para o preenchimento de vagas do Programa de Aprimoramento Profissional na Área da Saúde - 2019 do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que me encontro na condição de desempregado (a).

........................................, ....... de ...................... de 2018.

(cidade) (dia) (mês)

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

Assinatura do candidato