

JUSTIFICATIVA DE RECURSO - ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

NOME DO PARTICIPANTE: _____

CPF _____

E-MAIL _____ **TELEFONE CONTATO:** _____

Argumentação do participante
(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza, CE ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

O formulário preenchido e assinado deverá ser enviado para e-mail: isencao@resmedceara.ufc.br, em conformidade com o Manual do Participante, e não será permitida a complementação de documentos.