



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE:
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS**



REQUERIMENTO

Venho, por meio deste, requerer a isenção da minha taxa de inscrição para a prova de seleção no Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Cirurgia e Traumatologia Búco-Maxilo-Faciais – 2020 da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB).

Declaro estar ciente das normas explícitas no edital – 2020 que regulamenta do processo de seleção do referido Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu*.

João Pessoa, _____ de _____ de 20_____.

(Assinatura do Candidato)