Universidade Estadual de Londrina

Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação
Diretoria de Pós-Graduação
Reconhecida pelo Decreto Federal nº69324 de 7/10/1971

Requerimento de Isenção

NOME

RG **SSP** **CPF**

e-mail **Telefone:**

Curso/Programa a se inscrever

Nível:
- ☐ Doutorado
- ☐ Mestrado
- ☐ Especialização
- ☐ Residência

Requer:
- ☐ Isenção Lei 19.196/2017 – Justiça Eleitoral
- ☐ Isenção Lei 19.293 – 13/12/2017 - Doador de Sangue

DATA: _____ ASSINATURA: _____