**REQUERIMENTO DE AUXÍLIO – MORADIA**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_ médico residente do Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  venho requerer o auxílio-moradia por residir na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e estabelecer-se na capital de São Paulo somente por cursar a referida residência.

Declaro, sob as penas da lei, que acima exposto é verdade.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura e Carimbo