



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

## ANEXO 19

### DECLARAÇÃO NEGATIVA DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA / DO LAR

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na  
cidade de \_\_\_\_\_, rua \_\_\_\_\_,  
sou \_\_\_\_\_ (grau de parentesco) do (a) estudante \_\_\_\_\_

curso \_\_\_\_\_ declaro, para os devidos fins, que:

( ) não exerço atividade remunerada esporádica (“bico”).

( ) que sou trabalhador (a) do lar, não tendo nenhum tipo de remuneração.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão do (a) estudante \_\_\_\_\_,

do Programa de Auxílio Estudantil da UFCSPA.

**TESTEMUNHAS NÃO PARENTES: apresentar cópias do documento de identificação e CPF**

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) declarante

1.NOME \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2. NOME \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

3.NOME \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Obs: anexar cópia RG e CPF do (a) declarante.**

A omissão de informações e a falsa declaração são passíveis de punição assim como fraudes ou falsificação de documentos que visem burlar o processo, serão motivos de desclassificação e exclusão do Programa Auxílio Estudantil, sem prejuízo das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, conforme a Lei nº 7.115/1983 e art.299 do Código Penal.

#### § Falsidade Ideológica

**Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.