



10- DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA AMPLIADA

Eu, _____, portador (a) do RG n.º _____

(informar o nome de uma das pessoas responsáveis pela família)

e do CPF n.º _____ declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal da Ciência da Saúde de Porto Alegre, que _____

(informar o nome da pessoa que depende da renda familiar e reside com a família)

portador (a) do RG n.º _____ e do CPF n.º _____ faz parte do grupo familiar, residindo em moradia conjunta e dependendo da renda familiar.

1. Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas na presente declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na desclassificação ou perda da vaga no curso de _____ desta Instituição.

(informar o nome do curso)

Autorizo a Comissão para Avaliação da Renda Per Capita confirmar e averiguar a informação acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Declarante

(É obrigatória a assinatura física (manuscrita) ou, alternativamente, a assinatura eletrônica realizada exclusivamente por meio da plataforma gov.br.)

Testemunha 01: _____

(a testemunha não deve ser parente até o terceiro grau: pais, filhos, irmãos, avós, netos, tios e sobrinhos)

CPF: _____ RG: _____

Testemunha 02: _____

(a testemunha não deve ser parente até o terceiro grau: pais, filhos, irmãos, avós, netos, tios e sobrinhos)

CPF: _____ RG: _____