



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE PESSOA SEM RENDA

Nome do estudante: _____
(*candidato ao benefício*)

Eu, _____
_____, portador do RG _____ e do CPF _____,
nos termos do Regulamento do Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro não ter exercido atividade remunerada e nem ter
recebido apoio financeiro de qualquer natureza no(s) mês(es)

(*Marcar o mês ou os meses nos quais não exerceu atividade remunerada*)

- Mês 1, que refere-se ao mês **DEZEMBRO** do ano de **2018**.
 Mês 2, que refere-se ao mês **JANEIRO** do ano de **2019**.
 Mês 3, que refere-se ao mês **FEVEREIRO** do ano de **2019**.

por um ou mais dos motivos expostos a seguir:

- Invalidez ou deficiência
 Doença
 Outros. Especificar: _____

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir
qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser
exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas
neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto
no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante ou do responsável legal do declarante caso ele seja menor de idade