

DECLARAÇÃO DE RENDA AGREGADA

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, declaro sob as penas da lei, para comprovação no Cadastro Socioeconômico do acadêmico _____, que o auxílio financeiramente com o valor de R\$ _____, mensalmente.

Declaro ainda que a informação acima apresentada é verdadeira e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento do Benefício e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis. Autorizo a Comissão do Programa de Bolsa Social, a confirmar e averiguar a informação acima.

Sorriso - MT, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do pagante

Assinatura do Candidato ao Benefício da Bolsa.