

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 -

UFCSPA, 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.

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 de

(_____) na Instituição.

(informar o nome do candidato)

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

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Declarante

Testemunha 01: _____

CPF: _____

RG: _____

Testemunha 02: _____

CPF: _____

RG: _____