



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA AMPLIADA

SiSU 2018

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 2018.

Assinatura do Declarante

TESTEMUNHAS

1. _____
Nome: _____

2. _____
Nome: _____

RG _____

RG: _____

CPF: _____

CPF: _____