****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS**

**DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudante do curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob matricula de nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Universidade Federal do Ceará, declaro junto a esta instituição de ensino, para fins de Renovação no Programa Auxílio Moradia, que meu núcleo familiar de origem possui **renda mensal bruta** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (valor por extenso), formada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (número de membros- incluído a mim, beneficiário). Sendo discriminado da seguinte forma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Parentesco** | **Ocupação** | **Renda**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Observações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a omissão de dados ou a inserção de informações em desacordo com a verdade configura crime de *Falsidade Ideológica*, conforme disposto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, além de implicar o desligamento imediato do auxílio/beneficio, caso confirmada a qualquer tempo, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Por ser a expressão da verdade, subscrevo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante