**Uma imagem contendo Texto

Descrição gerada automaticamente**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL - UFC CAMPUS SOBRAL**

**DECLARAÇÃO DE DIVISÃO DE ALUGUEL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF de nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiário(a) do auxílio moradia declaro para os devidos fins junto à Universidade Federal do Ceará, que divido o valor do aluguel de um imóvel situado no endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mês/ano), sendo o valor total do aluguel de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,e o valor mensal que cabe a mim contribuir de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nomes dos demais moradores:

1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_

2. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_

3. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_

4. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a omissão de dados ou a inserção de dado falso ou diverso do que deveria ser declarado configurará o crime de *Falsidade Ideológica*, conforme o art. 299 do Código Penal, além de ensejar o desligamento imediato do auxílio caso confirmada em apuração posterior ao ingresso no referido benefício, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

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

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

Assinatura do Declarante