



**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE PESSOA SEM RENDA**

Nome do estudante:

\_\_\_\_\_  
*(candidato ao benefício)*

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [grau de parentesco] do candidato acima mencionado, portador do RG \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, nos termos do Regulamento do Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que não exerço atividade remunerada e não recebo apoio financeiro de qualquer natureza, por um ou mais dos motivos expostos a seguir:

- Invalidez ou deficiência
- Doença
- Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal.

Representado por:

\_\_\_\_\_  
*(para aqueles membros impossibilitados de assinar a declaração)*

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

Assinatura