**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA**

**NÚCLEO DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**APÊNDICE D**

**DECLARAÇÃO DE INTEGRANTES DE GRUPO FAMILIAR QUE PARTILHAM DA MESMA RENDA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nº\_\_\_\_\_\_\_, Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que as seguintes pessoas compõem meu grupo familiar e partilham da mesma renda familiar:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **GRAU DE PARENTESCO** | **DATA DE NASC.** | **NÚMERO DE CPF OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento do Auxílio e/ou Bolsa, se concedida, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021

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

Assinatura