

DECLARAÇÃO DE COMPOSIÇÃO DE FAMÍLIA
 (Obrigatório para os(as) candidatos(as) às modalidades de Baixa Renda)

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, órgão expedidor _____, e
 CPF nº _____, convocado(a) para matrícula na UFRB do período letivo 202____, no processo seletivo _____, Email
 _____, Celular (____) _____, Telefone para recado (____) _____, residente
 na(o) _____, bairro: _____, nº _____, Município: _____ e UF: _____.

declaro que a minha família é composta de _____ (número) pessoas, das quais _____ (número) recebem renda conforme valores abaixo indicados:

Relação de Membros da Família (*É necessário enviar a cópia do Documento Oficial de Identidade e CPF de cada membro relacionado*):

Nº	CPF	Nome	Idade	Grau de Parentesco(a)finidade	Possui Renda	Profissão/ Atividade	Valor da Renda R\$ (Últimos 03 (três) meses)		
01				CANDIDATO(A)	() SIM () NÃO				
02					() SIM () NÃO				
03					() SIM () NÃO				
04					() SIM () NÃO				
05					() SIM () NÃO				
06					() SIM () NÃO				
07					() SIM () NÃO				
08					() SIM () NÃO				

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente de que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (art. 9 da Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, do Ministério da Educação). Declaro ainda que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do(a) Declarante