



PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL

DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

ANO: _____

Eu, _____,
Residente e domiciliado neste município, sito a Rua/Avenida _____,
_____ nº _____, Bairro _____
_____ inscrito no CPF sob o N°. _____, DECLARO que
posso renda familiar mensal no total de R\$ _____ (_____
_____) originada das atividades na condição de _____.

Declaro, ainda, que as informações acima apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Discente

Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável