

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
CAMPUS SOROCABA

ANEXO I

ATUALIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA/RECADASTRAMENTO NO PROGRAMA
DE AUXÍLIO PERMANÊNCIA

**DECLARAÇÃO (com alterações) – EDITAL Nº 01/2019 – Renovação de Auxílio
Estudantil para o 2º sem. 2019**

Eu _____,
CPF _____, Curso: _____, Prontuário _____,
beneficiário do Programa de Assistência Estudantil, na(s) modalidade (s)
_____ (informar qual ou quais auxílios
estudantis recebidos no 1º sem.2019) declaro que as informações socioeconômicas e/ou
cadastrais apresentadas por mim no 1º semestre de 2019, sofreram alterações motivadas
pelos seguintes aspectos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desemprego; | <input type="checkbox"/> Morte; |
| <input type="checkbox"/> Ingresso em novo trabalho; | <input type="checkbox"/> Doença; |
| <input type="checkbox"/> Promoção no Trabalho; | <input type="checkbox"/> Ingresso em programas sociais; |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria; | <input type="checkbox"/> Moradia |
| <input type="checkbox"/> Nascimento; | <input type="checkbox"/> Outros (endereço, conta
corrente...) |

Explique o item assinalado:

Atenção: Você deverá anexar documentos, que comprovem as alterações ocorridas. Por exemplo: cópia da carteira profissional juntamente com Declaração que não possui renda ou Declaração de autônomo, auxílio-desemprego, holerite atualizado, etc.

Estou ciente de que qualquer omissão das informações fornecidas acarretará na devolução dos valores por mim recebidos, a fim de ressarcir os cofres públicos da União.

Sendo assim, declaro que sou estudante frequente desta instituição e responsável pela utilização dos auxílios a mim concedidos para os devidos fins.

Afirmo que **NÃO** possuo vínculo com esta instituição APENAS para o cumprimento de Estágio Curricular, Trabalho de Conclusão de Curso e/ou Atividade Complementar. Afirmo ainda que estou matriculado em ___ disciplinas do curso _____, Turma _____.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
CAMPUS SOROCABA

Declaro que frequento o IFSP _____ (Informar quantos dias por semana frequenta o IFSP – Campus Sorocaba)

Declaro que li o Edital Nº 01/2019 da Política de Assistência Estudantil e estou de acordo com as normas estabelecidas.

() **Declaro** que as informações prestadas são verdadeiras, assim como declaro estar ciente da legislação pertinente à Política de Assistência Estudantil no IFSP – Resolução n.º 41/2015 e Resolução n.º 42/2015 do Conselho Superior do IFSP.

Sorocaba, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) estudante

Assinatura do pai ou responsável, no caso de menor de idade

Declaro, sob as penas do artigo 299 do Código Penal, que as informações fornecidas são fiéis e verdadeiras, não havendo omissões ou dados que possam induzir a equívocos de julgamento e **ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE** pelo conteúdo dessa declaração.