



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS PORTO NACIONAL
COMISSÃO LOCAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RENDA INFORMAL

Eu, _____, RG _____ CPF _____, residente no endereço _____, declaro que trabalho informalmente de _____, **SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO**, com renda mensal aproximada no valor de R\$ _____.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal para o signatário, bem como a desclassificação do candidato do Programa de Assistência Estudantil.

_____/_____/_____.

(assinatura do declarante)

Testemunhas:

1° _____ RG ou CPF: _____

Endereço: _____ Contato: _____

2° _____ RG ou CPF: _____

Endereço: _____ Contato: _____



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS PORTO NACIONAL
COMISSÃO LOCAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, (nome do declarante) portador do RG nº _____, e CPF nº _____/_____/_____-_____, declaro sob as penas da lei que recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____, paga por _____.

Declaro ainda que o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes podem resultar em processo contra mim dos tipos: PENAL (crime de falsidade ideológica) e CÍVEL (ressarcimento por prejuízo causado a terceiros).

Autorizo a devida investigação e fiscalização para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima, caso seja necessário.

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

| |
|---|
| Nome: _____ |
| CPF: _____/_____/_____-_____ RG: _____ TEL: _____ |
| Endereço: _____ |

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

| | |
|-------------|--------------|
| Nome: _____ | Idade: _____ |
| Nome: _____ | Idade: _____ |
| Nome: _____ | Idade: _____ |

_____, de _____ de 20____.

Assinatura do declarante



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS PORTO NACIONAL
COMISSÃO LOCAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA

Eu, _____, (informar o nome da pessoa que vai assinar a declaração), portador (a) do RG nº _____ e inscrito (a) no CPF sob nº ____/____/____-____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação ao IFTO, que atualmente não exerço **nenhum tipo de atividade remunerada**, sendo dependente financeiramente de _____ (Nome da pessoa que depende economicamente), que é _____ (informar o grau de parentesco de pessoa) sendo portador (a) do RG nº _____ e inscrito (a) no CPF sob nº ____-____.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicarão em medidas judiciais, que podem resultar em processo contra mim dos tipos: PENAL (crime de falsidade ideológica) e CIVEL (ressarcimento por prejuízo causado a terceiros).

Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direitos, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante