

DECLARAÇÃO

(AUSÊNCIA DE RENDIMENTO)

Eu,.....
.....portador (a) do RG nº, expedido pelo (a)
..... e do CPF nº, residente e
domiciliado(a)na.....
(endereço completo) **DECLARO**, sob as penas da lei, que não recebo,
atualmente, salário, proventos, pensão alimentícia, aposentadoria,
benefícios sociais, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho
não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo,
rendimentos auferidos do patrimônio e quaisquer outros.

Declaro ainda, minha total responsabilidade pelas informações contidas
neste instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de
informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicarão no
cancelamento da inscrição ou do Programa de Financiamento Estudantil do
Ensino Superior - FIES, obrigando-me ao ressarcimento dos valores
indevidamente recebidos, quando for o caso, sujeitando-me, inclusive, às
medidas judiciais cabíveis. Declaro, por último, estar ciente de que devo
informar à Faculdade de Medicina de Petrópolis ou à Faculdade Arthur Sá
Earp Neto, a ocorrência de alteração da situação acima declarada e
apresentar a respectiva documentação comprobatória.

Local e data.

.....

Assinatura do (a) declarante

(Reconhecer firma em cartório)