

## 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)