

DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA DE FAMILIARES OU TERCEIROS

Eu,,
portador(a) do RG Nº e do CPF Nº, residente
à Rua, nº, Apto.
..... Edifício....., Bairro, Cidade
....., Estado, declaro sob as penas das Leis Civil e
Penal que ajudo financeiramente o(a)
.....no valor mensal aproximado de R\$
....., para fins de

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente a Fundação Benedito Pereira Nunes – Faculdade de Medicina de Campos, a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contida nesta declaração, estando ciente que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes podem implicar na minha exclusão do programa de Bolsas de Estudo da Fundação Benedito Pereira Nunes – Faculdade de Medicina de Campos, além das medidas judiciais cabíveis, conforme o artigo 299 do código penal.

Autorizo a Fundação Benedito Pereira Nunes – Faculdade de Medicina de Campos a certificar as informações acima.

Local e data:,/...../.....

.....
Declarante

.....
Discente

Assinatura da 1ª testemunha

Nome completo:

CPF:

Assinatura da 2ª testemunha

Nome completo:

CPF:

“Conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.”

“Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa se o documento é particular.