

DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO

Eu,,
portador(a) do RG Nº e do CPF Nº, residente
à Rua, nº, Apto.,
Edifício..... Bairro, Cidade
....., Estado, DECLARO que exerço atividade
autônoma renumerada e sem registro em CTPS e que não possuo rendimentos de Pessoa
Jurídica. Meus rendimentos auferidos do mercado autônomo se aproxima do valor mensal de
R\$, exercendo trabalho 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

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

Nome completo:

Nome completo:

CPF:

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.