

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE INCENTIVOS, COMISSÕES E/OU PREMIAÇÕES

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 recebo incentivo(s) ou remunerações abaixo identificadas, que não estão discriminados os respectivos valores na folha de pagamento mensal.

OBS: Caso sejam variáveis, constar média aritmética dos últimos três meses.

- 1 – () Auxílio educação para funcionário. R\$
- 2 – () Auxílio educação para dependente(s). R\$.....
- 3 – () Vale alimentação e/ou refeição. R\$.....
- 4 – () Cesta básica. R\$
- 5 – () Comissões. R\$
- 6 – () Outros. R\$

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.