**ANEXO I**

**Modelo de Declaração que não possuem atividade remuneratória**

Eu, (membro do grupo familiar que não exerce atividade remunerada).........................................................., (estado civil)........................................, inscrito no CPF sob o nº. ..............................., portador do RG nº.................................., residente e domiciliado na Rua (Av., etc.)............................................................................................ declaro para os devidos fins, **que não exerço atividade remunerada**.

Declaro que o(s) dado(s) acima apresentado(s) é(são) verdadeiro(s) e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento das bolsas de estudo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos e pagamento das mensalidades do Curso de Medicina durante o período cursado em gozo do benefício concedido, além das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização ou quem a Faculdade Medicina do Sertão designar e averiguar a informação acima.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

Assinaturas das testemunhas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: Nome:

CPF CPF

(reconhecer firma em cartório do declarante)