**ANEXO V**

**Modelo de Declaração de Renda de Autônomo, Prestador de Serviços ou Profissional Liberal**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido no edital \_\_\_\_\_/20\_\_\_, para comprovação da Situação Socioeconômica do(a) acadêmico(a) (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que a renda média dos últimos seis meses, no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensais, declarada no formulário de inscrição, refere-se aos ganhos obtidos com meu trabalho em atividades de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ainda que o valor acima apresentado é verdadeiro 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.

Local e data, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_.

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

Assinatura do Declarante Assinatura do candidato às bolsas

(reconhecer firma em cartório do declarante)