

|                                                                        |                                       |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>NOME COMPLETO:</b>                                                  |                                       |
|                                                                        |                                       |
| <b>CURSO PRÉ-SELECIONADO:</b>                                          | <b>TURNO/MODALIDADE:</b>              |
|                                                                        |                                       |
| <b>MATRÍCULA: (caso possua matrícula na IES)</b>                       | <b>OPÇÃO:</b>                         |
|                                                                        | 1ª OPÇÃO (     )     2ª OPÇÃO (     ) |
| <b>SELECIONAR A ETAPA DO PROCESSO SELETIVO EM QUE ESTÁ CONCORRENDO</b> |                                       |
| (     ) 1ª CHAMADA (     ) 2ª CHAMADA (     ) LISTA DE ESPERA          |                                       |

### ATENÇÃO

- **Entrega da documentação:** Informamos que a entrega da documentação ocorre de forma **PRESENCIAL** e apenas o candidato poderá entrar na sala para a conferência. Para menores de 18 anos, a presença de um responsável legal é obrigatória;
- É de **inteira responsabilidade do candidato** acompanhar o cronograma disponibilizado no site do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - Unicpelac;
- Não serão aceitos documentos **incompletos** ou **entregues fora do prazo**;
- Leia atentamente todo o Formulário Socioeconômico da Bolsa ProUni e preencha-o de acordo com a sua situação específica;
- O preenchimento deste Formulário Socioeconômico da Bolsa ProUni, contendo as informações do grupo familiar, não garante a concessão da Bolsa ProUni por parte do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac;
- Todo candidato que se declarar como único integrante do grupo familiar deverá apresentar, independentemente de sua idade, a documentação de seus pais (documentos de identificação, comprovantes de rendimentos e comprovantes de endereço dos mesmos);
- Este Formulário Socioeconômico da Bolsa ProUni será analisado somente após o preenchimento de todos os campos obrigatórios e a apresentação de todos os documentos, conforme a relação de documentos disponível no site do Uniceplac e/ou outros que venham a ser solicitados.



Leia com atenção todo o formulário antes de preenchê-lo conforme cada situação!

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                 |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>NOME COMPLETO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>NOME SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>RG:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>ORGÃO EXPEDIDOR</b>                      | <b>CPF</b>                                                                                      |                          |
| <b>SEXO</b><br>( ) FEM. ( ) MAS.                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>DATA DE NASCIMENTO</b>                   | <b>IDADE</b>                                                                                    | <b>ESTADO CIVIL</b>      |
| <b>NATURALIDADE/UF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             | <b>NACIONALIDADE</b>                                                                            |                          |
| <b>CANDIDATO (A) INSCRITO (A) EM POLÍTICA DE COTAS?</b><br>( ) SIM ( ) NÃO QUAL?                                                                                                                                                                                                             |                                             | <b>DECLARA QUAL SUA COR OU RAÇA?</b><br>( ) AMARELA ( ) BRANCA ( ) INDÍGENA ( ) PARDA ( ) PRETA |                          |
| <b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA, EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR</b><br>( ) NÃO ( ) SIM, QUAL?                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>REALIZOU ENSINO MÉDIO</b><br>( ) ESCOLA PÚBLICA ( ) ESCOLA PRIVADA ( ) PARCIAL ESCOLA PÚBLICA E PRIVADA                                                                                                                                                                                   |                                             |                                                                                                 | <b>ANO DE CONCLUSÃO:</b> |
| <b>POSSUI GRADUAÇÃO</b><br>( ) NÃO ( ) SIM, QUAL CURSO?                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>POSSUI VÍNCULO ACADÊMICO COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR?</b><br>( ) Não ( ) Sim, qual? _____ Curso _____<br>Semestres cursados _____                                                                                                                                                  |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>EM QUAL CONDIÇÃO?</b><br>( ) Aluno pagante, valor R\$: _____ Qual a última parcela paga? _____ referente ao ano 202 _____<br>( ) Aluno bolsista, qual? _____ percentual? _____<br>( ) Financiamento, qual? _____ percentual? _____<br>( ) Outras Bolsas/descontos _____ percentual? _____ |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>E-MAIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>TELEFONE FIXO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório)</b> | <b>WHATSAPP</b>                                                                                 |                          |
| <b>PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                                                                                 |                          |
| <b>EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>TELEFONE TRABALHO</b>                    |                                                                                                 |                          |
| <b>ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL</b><br>R\$                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                 |                          |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| <b>2. DADOS DA MÃE DO(A) CANDIDATO(A) (Somente preencher se o candidato for menor de 18 anos)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                      |                                   |                                        |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | CPF                               |                                        |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                   |                                        |
| <b>3. DADOS RESIDENCIAIS E OUTROS DADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                   |                                        |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                   |                                        |
| BAIRRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      | CEP                               |                                        |
| CIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      | ESTADO                            |                                        |
| PONTO DE REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |                                   |                                        |
| TELEFONE FIXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) |                                   | WHATSAPP                               |
| <b>SITUAÇÃO DO IMÓVEL:</b><br><input type="checkbox"/> PRÓPRIO<br><input type="checkbox"/> CEDIDO<br><input type="checkbox"/> ALUGADO, INFORMAR O VALOR DO ALUGUEL: R\$ _____<br><input type="checkbox"/> FINANCIADO, INFORMAR VALOR: R\$ _____<br><input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO, INFORMAR O VALOR/MÊS: R\$ _____                                               |                                      |                                   |                                        |
| <b>VEÍCULOS DO GRUPO FAMILIAR:</b><br><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUANTOS: _____ <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> FINANCIADO VALOR DO FINANCIAMENTO: R\$ _____<br><input type="checkbox"/> OUTRA SITUAÇÃO, FAVOR ESPECIFICAR: _____<br>* Automóvel, motocicleta, caminhonete, caminhão, ônibus, entre outros. |                                      |                                   |                                        |
| <b>4. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR E RENDIMENTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                   |                                        |
| OBSERVAÇÃO: Neste quadro deve constar o nome de cada as pessoas que mora com o(a) candidato(a), inclusive crianças recém-nascidas.                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                   |                                        |
| <b>DADOS DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                   |                                        |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | CPF                               |                                        |
| DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | IDADE                                | ESTADO CIVIL                      | TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A) |
| TELEFONE FIXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) |                                   | WHATSAPP                               |
| E-MAIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                   |                                        |
| ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      | PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA |                                        |
| EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | TELEFONE TRABALHO                 |                                        |
| ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                   |                                        |



| DADOS DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR |                                      |                                   |                                        |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| NOME                                  |                                      | CPF                               |                                        |
| DATA DE NASCIMENTO                    | IDADE                                | ESTADO CIVIL                      | TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A) |
| TELEFONE FIXO                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) |                                   | WHATSAPP                               |
| E-MAIL                                |                                      |                                   |                                        |
| ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA       |                                      | PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA |                                        |
| EMPRESA                               |                                      | TELEFONE TRABALHO                 |                                        |
| ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL           |                                      |                                   |                                        |
| R\$                                   |                                      |                                   |                                        |
| DADOS DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR |                                      |                                   |                                        |
| NOME                                  |                                      | CPF                               |                                        |
| DATA DE NASCIMENTO                    | IDADE                                | ESTADO CIVIL                      | TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A) |
| TELEFONE FIXO                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) |                                   | WHATSAPP                               |
| E-MAIL                                |                                      |                                   |                                        |
| ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA       |                                      | PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA |                                        |
| EMPRESA                               |                                      | TELEFONE TRABALHO                 |                                        |
| ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$       |                                      |                                   |                                        |
| DADOS DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR |                                      |                                   |                                        |
| NOME                                  |                                      | CPF                               |                                        |
| DATA DE NASCIMENTO                    | IDADE                                | ESTADO CIVIL                      | TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A) |
| TELEFONE FIXO                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) |                                   | WHATSAPP                               |
| E-MAIL                                |                                      |                                   |                                        |
| ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA       |                                      | PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA |                                        |
| EMPRESA                               |                                      | TELEFONE TRABALHO                 |                                        |
| ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$       |                                      |                                   |                                        |



| 5. OUTRAS FONTES DE RENDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                                      |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>5.1 NO GRUPO FAMILIAR, DESCRITO NO QUADRO ACIMA, HÁ ALGUÉM QUE RECEBE PENSÃO E/OU BENEFÍCIO?</b><br>( ) NÃO, ( ) SIM, FAVOR ESPECIFICAR A FONTE PAGADORA E NATUREZA DO RENDIMENTO: _____<br>VALOR BRUTO MENSALMENTE RECEBIDO R\$: _____                                                    |                       |                                                      |                                                        |
| <b>5.2 RENDIMENTOS DE ALUGUEL OU ARRENDAMENTO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS. ( ) NÃO POSSUO ( ) SIM, FAVOR INFORMÁ-LOS:</b>                                                                                                                                                                        |                       |                                                      |                                                        |
| ESPECIFICAÇÃO DA NATUREZA DO RENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                       | NATUREZA DO BEM       | ESPECIFICAÇÃO DO BEM                                 | VALOR BRUTO DO ALUGUEL OU ARRENDAMENTO MENSAL (EM R\$) |
| ( ) ALUGUEL                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) MÓVEIS            |                                                      |                                                        |
| ( ) ARRENDAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                              | ( ) IMÓVEIS           |                                                      |                                                        |
| ( ) ALUGUEL                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) MÓVEIS            |                                                      |                                                        |
| ( ) ARRENDAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                              | ( ) IMÓVEIS           |                                                      |                                                        |
| * CASA, APARTAMENTO, SÍTIO, CHÁCARA, AUTOMÓVEL, MOTOCICLETA, BARCO, TRATOR, ENTRE OUTROS; ETC.                                                                                                                                                                                                |                       | <b>TOTAL GERAL</b>                                   |                                                        |
| <b>5.3 ACESSOS AOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE RENDA MÍNIMA (FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL).</b>                                                                                                                                                                                              |                       |                                                      |                                                        |
| ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       | ( ) SIM, FAVOR ESPECIFICAR VALOR RECEBIDO R\$: _____ |                                                        |
| <b>5.4 ASSINALE ABAIXO, CASO ALGUM DOS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR SEJA BENEFICIÁRIA DE ALGUM DOS SEGUINTE PROGRAMAS.</b><br>( ) BOLSA FAMÍLIA ( ) BPC ( ) PETI ( ) OUTRO(S): _____<br>POR GENTILEZA, INFORMA O NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR QUE RECEBE O REFERIDO BENEFÍCIO: _____ |                       |                                                      |                                                        |
| <b>5.5 ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR RECEBIMENTOS DE AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIROS. ( ) NÃO ( ) SIM, FAVOR ESPECIFICAR NOME DO FAVORECIDO:</b> _____<br>QUEM EFETUA A AJUDA FINANCEIRA: _____<br>VALOR RECEBIDO R\$: _____                                                                   |                       |                                                      |                                                        |
| 6. DESCRIÇÃO DE DESPESAS                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                      |                                                        |
| 6.1 Despesas Mensais Básicas                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                      |                                                        |
| DESPESAS                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR MENSAL (EM R\$) | DESPESAS                                             | VALOR MENSAL (EM R\$)                                  |
| ENERGIA ELÉTRICA                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | ÁGUA/ESGOTO                                          |                                                        |
| TELEFONE (FIXO + CELULARES)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       | INTERNET                                             |                                                        |
| ALIMENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       | EDUCAÇÃO                                             |                                                        |
| ALUGUEL                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       | FINANCIAMENTO IMÓVEL                                 |                                                        |
| CONDOMÍNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       | FINANCIAMENTO VEÍCULO                                |                                                        |
| PLANO DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | CASO CONTRIBUA INDIVIDUALMENTE PARA O INSS           |                                                        |
| DESPESAS COM MEDICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       | OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO, ESPECIFICAR             |                                                        |
| TRANSPORTE COLETIVO, ESPECIFICAR:                                                                                                                                                                                                                                                             |                       | <b>TOTAL GERAL</b>                                   |                                                        |
| TRANSPORTE ESCOLAR                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                      |                                                        |



|                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>6.2 Outras Despesas</b>                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                 |
| <b>EXISTEM PESSOAS QUE COMPÕEM/FAZEM PARTE DO GRUPO FAMILIAR, ESTUDANDO EM INSTITUIÇÕES DA EDUCAÇÃO BÁSICA E/OU NO ENSINO SUPERIOR?</b>                                                                                               |                                      |                                 |
| NOME COMPLETO: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| TIPO DE VÍNCULO COM O CANDIDATO: _____                                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
| NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| VALOR DA MENSALIDADE (EM R\$): _____                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| <b>EXISTEM PESSOAS QUE COMPÕEM/FAZEM PARTE DO GRUPO FAMILIAR QUE FAZEM USO, CONTÍNUO, DE MEDICAMENTOS?</b>                                                                                                                            |                                      |                                 |
| NOME COMPLETO: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| TIPO DE DOENÇA/DIAGNÓSTICO: _____                                                                                                                                                                                                     |                                      |                                 |
| DESPESA MENSAL (EM R\$): _____                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                 |
| <b>EXISTEM PESSOAS QUE COMPÕEM/FAZEM PARTE DO GRUPO FAMILIAR, EM TRATAMENTO MÉDICO?</b>                                                                                                                                               |                                      |                                 |
| NOME COMPLETO: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| TIPO DE DOENÇA/DIAGNÓSTICO: _____                                                                                                                                                                                                     |                                      |                                 |
| DESPESA MENSAL (EM R\$): _____                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                 |
| <b>HÁ CASOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NO GRUPO FAMILIAR?</b>                                                                                                                                                                                |                                      |                                 |
| NOME COMPLETO: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                 |
| TIPO DE DOENÇA/DIAGNÓSTICO: _____                                                                                                                                                                                                     |                                      |                                 |
| DESPESA MENSAL (EM R\$): _____                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                 |
| <b>7.CITAR DOIS NOMES COMPLETOS PARA REFERÊNCIAS (Maiores de 18 (dezoito) anos, absolutamente capazes, que possuam endereços distintos e que não façam parte do grupo familiar do(a) candidato/responsável legal e/ou financeiro)</b> |                                      |                                 |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | TIPO DE VÍNCULO COM O CANDIDATO |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                              |                                      | CIDADE                          |
| TELEFONE FIXO                                                                                                                                                                                                                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) | WHATSAPP                        |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | TIPO DE VÍNCULO COM O CANDIDATO |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                              |                                      | CIDADE                          |
| TELEFONE FIXO                                                                                                                                                                                                                         | TELEFONE CELULAR (Campo obrigatório) | OUTRO TELEFONE                  |
| <b>8. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO (Somente preencher se o candidato for menor de 18 anos)</b>                                                                                                                               |                                      |                                 |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | CPF                             |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                 |



**DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO CANDIDATO/ RESPONSÁVEL LEGAL**

EU \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_,

RESIDENTE NO(A) \_\_\_\_\_ CIDADE/UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_.

**DECLARO** QUE LI E ESTOU CIENTE DAS NORMAS ESTABELECIDAS NO EDITAL NORMATIVO VIGENTE, RELATIVO À CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI, IGUALMENTE, QUE A ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NÃO EXCLUI A NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO POSTERIOR DE QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DA SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA EM ANÁLISE, PODENDO SER SOLICITADOS A QUALQUER TEMPO PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO.

**DECLARO** AINDA, QUE SÃO VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DA PRESENTE INSCRIÇÃO RELATIVA AO PROCESSO SELETIVO DE CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI REFERENTE AO SEMESTRE PARA O QUAL FUI PRÉ-SELECIONADO, E ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE E AUTENTICIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, NOS TERMOS DA LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983, QUE DISPÕE SOBRE A PROVA DOCUMENTAL, BEM ASSIM, DIANTE DA RESPONSABILIZAÇÃO LEGAL PREVISTA NO ART. 3 DA LEI Nº 11.096, DE 13 DE JANEIRO DE 2005, SEM PREJUÍZO DA SANÇÃO PENAL APLICÁVEL AO CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA, CONSTATE NO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL. SENDO ASSIM, CONCORDO QUE QUALQUER FALSA DECLARAÇÃO PRESTADA NA OCASIÃO DO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO DA BOLSA PROUNI, E/OU CONSTANTE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, IMPLICARÁ NA REPROVAÇÃO SUMÁRIA NO PROCESSO SELETIVO E, CASO CONCEDIDA, A PERDA AUTOMÁTICA DA BOLSA, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAS EVENTUALMENTE CABÍVEIS, IGUALMENTE, INFORMO ESTÁ CIENTE DA POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES, SEM AVISO OU AGENDAMENTO PRÉVIO AO CANDIDATO A PARTIR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE NA COMPROVAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO PROCESSO SELETIVO DO PROUNI.

**DECLARO**, OUTROSSIM, ESTÁ CIENTE DE QUE A ENTREGA DO FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO DA BOLSA PROUNI, IMPRESSO, PREENCHIDO E ASSINADO, JUNTAMENTE COM TODA A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA NECESSÁRIA PARA A ANÁLISE, NÃO GARANTE A AUTOMÁTICA CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI PARA O PROCESSO SELETIVO ATUAL NO QUAL CONSTA MINHA PRÉ-SELEÇÃO, TENDO EM VISTA QUE O PROCESSO OCORRE EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 11.096, DE 13 DE JANEIRO DE 2005.

GAMA – DF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL LEGAL