

Atenção!!! este documento não deve conter rasuras
AUTODECLARAÇÃO DO CANDIDATO – ESTUDANTE QUILOMBOLA

Eu _____ Nome completo do bolsista _____, CPF número _____ Número do CPF com 11 dígitos _____, declaro, sob as penas da Lei e para fins de inscrição no Programa de Bolsa Permanência do Ministério da Educação, que sou quilombola pertencente ao Quilombo Nome do quilombo o qual o estudante pertence e resido na comunidade quilombo Nome da comunidade do quilombo o qual o estudante pertence _____, localizada no Município Município da comunidade do quilombo o qual o estudante pertence _____, UF Sigla do estado do Município da comunidade _____.

DECLARO ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente documento, poderá ensejar sanções civis, criminais e administrativas, além do cancelamento da concessão da bolsa e ressarcimento dos valores recebidos indevidamente.

Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

Cidade, sigla do estado da cidade, dia de mês de 2019
Local e data (Informar a Cidade, a UF e o dia, mês e ano da emissão)

Assinatura igual a da Carteira de Identidade
Assinatura

Atenção!!! este documento não deve conter rasuras

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO
(PARA ESTUDANTE QUILOMBOLA)**

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo Nome do quilombo o qual o estudante pertence (nome do Quilombo), DECLARAM, para fins de inscrição no Programa de Bolsa Permanência do Ministério da Educação (Anexo I, Inciso II, item 4, da Portaria MEC nº 389, de 9.5.2013) que o(a) estudante Nome completo do bolsista (nome completo), cadastrado(a) no CPF sob o número Número do CPF com 11 dígitos (onze dígitos), é quilombola pertencente ao Quilombo Nome do quilombo o qual o estudante pertence (nome do quilombo ao qual pertence), cuja respectiva comunidade está localizada no município Município da comunidade do quilombo o qual o estudante pertence, UF Sigla do estado do Município da comunidade.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

Cidade, sigla do estado da cidade, dia de mês de 2019

Local e data (Informar a Cidade, a UF e o dia, mês e ano da emissão)

LIDERANÇA 1

Nome completo: Nome completo da liderança 1

CPF: Número do CPF com 11 dígitos

RG: Número completo da Carteira de Identidade

Assinatura: Assinatura igual a da Carteira de Identidade

LIDERANÇA 2

Nome completo: Nome completo da liderança 2

CPF: Número do CPF com 11 dígitos

RG: Número completo da Carteira de Identidade

Assinatura: Assinatura igual a da Carteira de Identidade

LIDERANÇA 3

Nome completo: Nome completo da liderança 3

CPF: Número do CPF com 11 dígitos

RG: Número completo da Carteira de Identidade

Assinatura: Assinatura igual a da Carteira de Identidade

Obs 1: Esta declaração deverá ser utilizada para fins de comprovação do pertencimento étnico do estudante.

Obs 2: Se os líderes ou alguns dos líderes signatários da declaração possuir algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa.

Atenção!!! este documento não deve conter rasuras
DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO E DE RESIDÊNCIA
(PARA ESTUDANTE QUILOMBOLA)

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo Nome do quilombo o qual o estudante faz parte (nome do Quilombo), DECLARAM, para fins de inscrição no Programa de Bolsa Permanência do Ministério da Educação (Anexo I, Inciso II, item 4, da Portaria MEC nº 389, de 9.5.2013) que o(a) estudante Nome completo do bolsista (nome completo), cadastrado(a) no CPF sob o número Número do CPF com 11 dígitos (onze dígitos), é quilombola pertencente ao Quilombo Nome do quilombo o qual o estudante faz parte (nome do quilombo ao qual pertence) e reside na comunidade quilombola Nome da comunidade do quilombo o qual o estudante faz parte (nome da comunidade quilombola onde reside), localizada no município município da comunidade, UF Sigla do estado do Município.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

Cidade, sigla do estado da cidade, dia de mês de 2019
Local e data (Informar a Cidade, a UF e o dia, mês e ano da emissão)

LIDERANÇA 1

Nome completo: Nome completo da liderança 1
CPF: Número do CPF com 11 dígitos
RG: Número completo da Carteira de Identidade
Assinatura: Assinatura igual a da Carteira de Identidade

LIDERANÇA 2

Nome completo: Nome completo da liderança 2
CPF: Número do CPF com 11 dígitos
RG: Número completo da Carteira de Identidade
Assinatura: Assinatura igual a da Carteira de Identidade

LIDERANÇA 3

Nome completo: Nome completo da liderança 3
CPF: Número do CPF com 11 dígitos
RG: Número completo da Carteira de Identidade
Assinatura: Assinatura igual a da Carteira de Identidade

Obs 1: Esta declaração deverá ser utilizada para fins de comprovante de residência do estudante em comunidade quilombola, quando a Fundação Cultural Palmares não declarar a residência do estudante em comunidade quilombola.

Obs 2: Se os líderes ou alguns dos líderes signatários da declaração possuir algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa.

Atenção!!! este documento não deve conter rasuras

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA

Declaro para os devidos fins que eu, _____ Nome completo do bolsista _____, de nacionalidade _____ brasileiro (a) _____ (nacionalidade), domiciliado em Endereço atual da residência do estudante: Rua, número e bairro. Exemplo: Av. Borges Leal, 2454, Aparecida (endereço), CEP referente do endereço com 8 dígitos (CEP) detentor do Registro Geral nº Número completo da Carteira de Identidade do estudante (nº do RG), do Cadastro de Pessoa Física nº Número do CPF do estudante com 11 dígitos (nº do CPF), filho de _____ Nome completo da mãe do estudante _____ (nome da mãe), aluno(a) devidamente matriculado(a) no curso Nome do curso o qual o estudante está matriculado _____ (nome do Curso de Graduação) e matriculado sob o número Número da matrícula do estudante _____ (número da matrícula), em nível de graduação da Universidade Federal do Oeste do Pará _____ (nome da Universidade Federal ou Instituto Federal), tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista do Programa de Bolsa Permanência, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar todas as condições previstas na Portaria de criação do Programa e das demais normas que venham a substituir ou complementar a legislação vigente e DECLARO que:

- I - Possuo renda familiar per capita não superior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio);
- II - Estou matriculado em cursos de graduação com carga horária média superior ou igual a 5 (cinco) horas diárias;
- III - Não ultrapasso dois semestres do tempo regulamentar do curso de graduação em que estou matriculado para me diplomar;

Declaro ainda que responderei civil, administrativa e criminalmente pelas informações prestadas, inclusive no âmbito do sistema de informação do programa e AUTORIZO o FNDE a bloquear ou estornar valores creditados em minha conta benefício, mediante solicitação direta ao Banco do Brasil S/A, ou proceder ao desconto nos pagamentos subsequentes, nas seguintes situações:

- 1) ocorrência de depósitos indevidos;
- 2) determinação do Poder Judiciário ou requisição do Ministério Público;
- 3) constatação de irregularidades na comprovação do meu desempenho acadêmico;
- 4) constatação de incorreções nas minhas informações cadastrais como bolsista.

OBRIGO-ME ainda a, no caso de inexistência de saldo suficiente na conta benefício e não havendo pagamentos futuros a serem efetuados, restituir ao FNDE, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da notificação, os valores creditados indevidamente ou objeto de irregularidade constatada.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte de qualquer órgão vinculado ao Ministério da Educação, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) bolsista: Assinatura do bolsista igual no RG _____ -
Local e data: Cidade, sigla do estado da cidade, dia de mês de 2019