Declaro para os devidos fins que eu,  de nacionalidade , domiciliado em (rua/nº/bairro/cidade/UF) ,

CEP  detentor do Registro Geral (RG) , do Cadastro de Pessoa Física (CPF) , flho(a) de (nome da mãe) , aluno(a) devidamente matriculado(a) no curso de Graduação  com nº matrícula , na Universidade Federal de Sergipe.

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 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.

Informo que (marcar uma opção) [OBRIGATÓRIO]:

[ ]  Este é meu primeiro curso de graduação em Instituição Federal de Ensino Superior (IFES).

[ ]  Já cursei outra graduação em IFES por semestres letivos (informar nº de semestres letivos cursados).

Informo que (marcar uma opção) [OBRIGATÓRIO]:

[ ]  Possuo filho com idade inferior a 18 anos. [ ]  Não possuo filho

Informo que (marcar uma opção) [OBRIGATÓRIO]:

[ ]  Sou estudante PcD (Pessoa com deficiência). [ ]  Não sou estudante PcD

(cidade) (UF), (dia/mês/ano)

Assinatura do estudante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dica: você deverá salvar o documento em Arquivo PDF.