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.