

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO EMERGENCIAL

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	
CPF:	
Data de Nascimento:	
Endereço atual/Cidade:	
Cidade de Origem:	
Telefone/E-mail:	

2. DADOS ACADÊMICOS:

Matrícula:	
Curso:	
Campus:	

3. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR ATUAL – GRUPO FAMILIAR (descrever o grupo familiar, inclusive o discente):

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Renda

4. DECLARAÇÃO:

Eu, _____,

discente da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA, declaro a veracidade das informações contidas neste formulário e ciência da responsabilidade sobre a legitimidade dos documentos apresentados para a comprovação dos mesmos.

Estou ciente que a omissão ou a apresentação de informações, documentos falsos ou divergentes ocasionarão na anulação do(s) benefício(s) que eu venha a ser beneficiado(a), sem prejuízo das demais medidas cabíveis, conforme prevê o artigo 299, do Código Penal.

Data: ____/____/_____.

Assinatura do(a) Discente Solicitante