

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE  
DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS**

Eu,.....  
Brasileiro (a), estado civil ....., profissão .....,  
Inscrito(a) no CPF/MF sob o n.º....., portador da CI/RG n.º  
..... (SSP), residente e domiciliado no endereço Rua/ Avenida  
....., n.º....., bairro .....no  
Município de ....., Estado de .....,  
na qualidade de aluno matriculado (a) no ..... Semestre do Curso de Medicina da Fundação  
Educacional de Penápolis.

Declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, perante a Fundação Educacional de Penápolis, em face do requerimento de bolsa reembolsável, que são integralmente verdadeiras as informações e os documentos apresentados para inscrição ao programa de bolsa reembolsável, que retratam a verdadeira realidade da situação econômico-financeira do grupo familiar, não existindo qualquer outra informação adicional a ser prestada, tampouco qualquer outro bem ou renda a ser declarada.

Por ser exata expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Penápolis, ..... de fevereiro de 2019

.....  
**ASSINATURA DO ALUNO**