

DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

NOME DO REQUERENTE:			CPF:
ENDEREÇO:		CIDADE:	
UF:	CEP:	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:

Declaração para fins de requerimento do Benefício Bolsa Estudantil.

Vive sozinho Vive internado: _____

Instituição:

Convive sob o mesmo teto com as pessoas relacionadas abaixo:

ORDEM	NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	RENDIMENTO MENSAL	EXISTE COMPROVAÇÃO DE RENDIMENTOS?
REQUERENTE		___/___/___				
2		___/___/___				
3		___/___/___				
4		___/___/___				
5		___/___/___				
6		___/___/___				
7		___/___/___				
8		___/___/___				
9		___/___/___				
10		___/___/___				

Pela presente, declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.

Local: _____, _____/_____/_____

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

Preencher quando o declarante for o Representante Legal

NOME:	RG (Identidade):	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CPF:
ENDEREÇO:	CIDADE:	CEP:	

Condição do Representante Legal

<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> MÃE	<input type="checkbox"/> CURADOR	<input type="checkbox"/> TUTOR	<input type="checkbox"/> PROCURADOR	<input type="checkbox"/> DIRETOR DE ENTIDADE FILANTRÓPICA
------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------

SECRETARIA DA CULTURA, JUVENTUDE, ESPORTE E LAZER - SECJEL

End: Rua Mauro Andrade, S/N - Alto da Brasília - Sobral/CE | Cep: 62041-520 | Tel: (88) 3614.7288/7531 | Email: secjel@sobral.ce.gov.br

