

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, _____
portador(a) do RG Nº _____ e do CPF Nº _____, residente à
Rua _____,
nº _____, Complemento _____, Bairro _____,
Cidade _____, Estado _____, venho, por meio desta, solicitar:

isenção na taxa de inscrição do Processo Seletivo

candidatura no Programa de Bolsas desta instituição

Para tanto, DECLARO que não possuo suficiência financeira para pagamento do(s) valor(es) acima assinalado(s), sem comprometer minha própria subsistência ou de minha família.

Para que se firme verdade, assino a presente declaração e assumo a responsabilidade da informação prestada sob as penas da Lei (Artigo 299 do Código Penal), junto à Faculdade Belavista.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do solicitante

Assinatura do Responsável (para menores de idade)

**Após o preenchimento, essa declaração deverá ser enviada para
admissoes@faculdebela.edu.br**