

**DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR(A) DO LAR**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da pessoa que vai assinar a declaração), de portador (a) do Documento de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, conforme o Edital do Programa de Concessão de Benefícios – PS 2021/2, que sou **TRABALHADOR(A) DO LAR** e que **NÃO PERCEBO NENHUMA REMUNERAÇÃO E/OU RENDIMENTOS**, formais ou informais.

Informo, também, que:

- ( ) **Não** possuo conta bancária em meu nome.  
( ) **Possuo** conta bancária em meu nome [anexar cópia dos extratos bancários].

Declaro ainda, que estou ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam a exclusão do(a) candidato(a) abaixo relacionado(a), dos benefícios do PS 2021/2.

**Obs.: anexar cópia da carteira de trabalho (páginas contendo a identificação, página do último contrato de trabalho e próxima página em branco – cópia simples).**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome do(a) candidato(a) ao Benefício: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do(a) declarante com o(a) candidato(a) ao Benefício:

( ) O próprio candidato; ( ) Pai/Mãe; ( ) Avô/Avó; ( ) cônjuge ( ) outro: \_\_\_\_

**TESTEMUNHAS:**

**Declaro que as informações acima são verdadeiras.**

*Como testemunhas são aceitas pessoas que não façam parte do grupo familiar e não é necessário fazer reconhecimento de firma das assinaturas nem enviar cópia da RG das testemunhas.*

\_\_\_\_\_  
Nome e RG da 1ª testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome e RG da 2ª testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Esta declaração, quando utilizada, deverá ser enviada como documento do Tipo: Comprovação de Renda.**