



## ANEXO IV

### MODELO DE DECLARAÇÃO PARA COMPROVAR O NÃO RECEBIMENTO DE RENDA

Eu, \_\_\_\_\_, data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
CPF \_\_\_\_\_ , RG: \_\_\_\_\_ , UF emissor \_\_\_\_\_ ,  
TELEFONE: (    ) \_\_\_\_\_ , CELULAR: (    ) \_\_\_\_\_ ,  
Endereço: \_\_\_\_\_ , nº \_\_\_\_\_ ,  
Bairro: \_\_\_\_\_ , Cidade: \_\_\_\_\_ ,  
Estado: \_\_\_\_\_ , CEP \_\_\_\_\_ , participante do Processo  
Seletivo do IFSP, **EDITAL nº 19/2024**, Câmpus \_\_\_\_\_ ,  
para o curso \_\_\_\_\_ ,  
número de inscrição \_\_\_\_\_ , **DECLARO não ter**  
**recebido nenhuma renda no período de** \_\_\_\_\_ .

**IMPORTANTE:** Ao assinar este requerimento, o/a candidato/a declara estar ciente de que as informações aqui prestadas são de sua inteira responsabilidade e que poderá responder judicialmente caso alguma falsidade venha a ser comprovada.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/da Requerente