

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 nº449/2023, 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