



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO - CAMPUS SÃO JOAO DA BOA VISTA
Avenida Marginal, 585 - Bairro Fazenda Nossa Senhora Aparecida do Jaguari - 13871-298
São João da Boa Vista – SP. Telefone: (19) 36341197

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL (PAE) – Campus São João da Boa Vista
Ações de Permanência

ANEXO I
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
inscrito no CPF de nº _____, portador da carteira de
identificação RG _____ órgão expedidor: _____ UF: _____,
residente _____ no _____ endereço

assumo a responsabilidade pelos dados prestados no questionário socioeconômico online
e a veracidade dos documentos entregues.

Declaro ainda, ter ciência de que a constatação de fraude ou omissão nas informações
declaradas acarreta cancelamento do benefício e o vencimento imediato de todo débito,
podendo ser responsabilizado pelas falsas informações.

Por ser verdade,

São João da Boa Vista-SP, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Declarante

Assinatura do responsável

Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO - CAMPUS SÃO JOÃO DA BOA VISTA
Avenida Marginal, 585 - Bairro Fazenda Nossa Senhora Aparecida do Jaguari - 13871-298
São João da Boa Vista – SP. Telefone: (19) 36341197
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL (PAE) – Campus São João da Boa Vista
Ações de Permanência

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE AUTÔNOMO

Eu, _____, portador
do RG _____, CPF _____, residente na
Rua _____, cidade/estado _____, CEP _____, venho,
por meio desta, DECLARAR, para os devidos fins, que não mantenho vínculo empregatício
com pessoa física ou jurídica, mas que exerço atividade autônoma como:
_____ e percebo rendimentos no valor de R\$
_____ mensalmente.

Declaro também estar ciente das penalidades legais* a que estou sujeito(a):

São João da Boa Vista-SP, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) Declarante

*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO - CAMPUS SÃO JOAO DA BOA VISTA
Avenida Marginal, 585 - Bairro Fazenda Nossa Senhora Aparecida do Jaguari - 13871-298
São João da Boa Vista – SP. Telefone: (19) 36341197

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL (PAE) – Campus São João da Boa Vista
Ações de Permanência

ANEXO III

DECLARAÇÃO SEM RENDA OU DESEMPREGADO

Eu, _____, RG _____,
_____, CPF _____, residente na Rua _____,
_____, cidade/estado _____,
CEP _____, declaro, sob as penas das Leis Civil e Penal, que não recebo atualmente salários, proventos, pensões, aposentadorias, benefícios sociais, comissões, *pro labore*, DECORE, rendimentos do trabalho informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio ou quaisquer outros.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente ao IFSP, *Campus* _____, qualquer alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

São João da Boa Vista –SP, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) Declarante

*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: *Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO - CAMPUS SÃO JOAO DA BOA VISTA
Avenida Marginal, 585 - Bairro Fazenda Nossa Senhora Aparecida do Jaguari - 13871-298
São João da Boa Vista – SP. Telefone: (19) 36341197

Anexo V
DECLARAÇÃO DE NÃO PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu
portador(a) do R.G. nº e do CPF nº,
declaro que meu(s) filho(s)
.....
..... NÃO
está(ão) recebendo pensão alimentícia, pois o (a) (nome da pessoa)
.....
....., (colocar o motivo de não estar pagando)
.....
.....

Declaro, sob as penas do artigo 299* do Código Penal, que as informações fornecidas são fiéis e verdadeiras, não havendo omissões ou dados que possam induzir a equívocos de julgamento e ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE pelo conteúdo dessa declaração.
Por ser verdade,

São João da Boa Vista-SP , ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do Declarante

Assinatura do responsável

Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO - CAMPUS SÃO JOAO DA BOA VISTA
Avenida Marginal, 585 - Bairro Fazenda Nossa Senhora Aparecida do Jaguari - 13871-298
São João da Boa Vista – SP. Telefone: (19) 36341197

ANEXO VI

DECLARAÇÃO NÃO POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO

Eu (nome completo) _____,
RG _____ CPF _____, residente na
Rua _____, nº _____,
Bairro _____, cidade _____
, estado _____ CEP _____, declaro sob as penas da lei Civil e Penal* que
no momento não possuo Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente a Coordenadoria Sociopedagógica
do Câmpus São João da Boa Vista, caso haja alteração dessa situação, me comprometendo a
apresentar documentação comprobatória.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

*Código Penal – Falsidade Ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
PROGRAMA DE AUXÍLIO PERMANÊNCIA (PAP)

Termo de compromisso do recadastramento SEM ALTERAÇÃO

Eu, _____,
CPF _____, Prontuário _____, beneficiário do Programa de Auxílio Permanência do *Campus São João da Boa Vista –SP* durante o ano de 20 _____, declaro que sou aluno(a) frequente desta instituição e que me responsabilizo em utilizar os auxílios concedidos para seus devidos fins. Afirmo que **NÃO** possuo vínculo com o IFSP **APENAS** para o cumprimento de Estágio Curricular, Trabalho de Conclusão de Curso e/ou Atividade Complementar.

Solicito recadastramento no PAP e tenho interesse nos seguintes auxílios para o ano de 20____.

() Auxílio Alimentação.

() Auxílio Moradia

() Auxílio transporte

() auxílio saúde

() auxílio material

() auxílio creche

Declaro que as informações socioeconômicas apresentadas por mim na seleção e/ou recadastramento de 20____ **NÃO** se alteraram, **NÃO** havendo mudanças no meu grupo familiar.

NOTA: A classificação geral dos alunos beneficiados pelo programa será refeita, considerando os alunos que se cadastrarem . Portanto, os próximos pagamentos poderão sofrer alterações._

Eu, _____, estou ciente de que devo informar qualquer alteração de dados ao setor Sociopedagógico e que, caso decida desistir/abandonar e/ou trancar/cancelar o curso, deverei informar formalmente à Coordenadoria Sociopedagógica.

Declaro, ainda, que estou de acordo com as regras do Programa e os requisitos para participar do recadastramento.

A omissão ou falsidade de informações pertinente à seleção resultará em exclusão do programa e devolução dos valores por mim recebidos, a fim de ressarcir os cofres públicos da União.

O Artigo 299 do Código Penal dispõe que é crime "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante".

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Estudante

Assinatura do responsável pelo estudante
(com menos de 18 anos)



POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
PROGRAMA DE AUXÍLIO PERMANÊNCIA (PAP)

Termo de compromisso do recadastramento COM ALTERAÇÃO

Eu,

_____,
CPF _____, Prontuário _____, beneficiário do Programa de Auxílio Permanência do *Campus* São João da Boa Vista –SP, no ano de 20____, declaro que sou aluno(a) frequente desta instituição e que me responsabilizo em utilizar os auxílios concedidos para seus devidos fins. Afirmando que **NÃO** possuo vínculo com o IFSP **APENAS** para o cumprimento de Estágio Curricular, Trabalho de Conclusão de Curso e/ou Atividade Complementar.

Solicito recadastramento no PAP e tenho interesse nos seguintes auxílios para o ano de 20____:

- () Auxílio Alimentação.
- () Auxílio Moradia
- () Auxílio transporte
- () Auxílio Material
- () Auxílio Creche
- () auxílio saúde

Declaro que as informações socioeconômicas apresentadas por mim na seleção e/ou recadastramento de 20____ se alteraram, havendo mudanças no meu grupo familiar no(s) seguinte(s) aspectos:

- () Endereço;
- () Desemprego;
- () Ingresso em novo trabalho;
- () Promoção no Trabalho;
- () Aposentadoria;
- () Morte;
- () Nascimento;
- () Doença;
- () Ingresso em programas sociais;
- () Moradia
- () Outros - Especifique a situação: _____

Obs.: Você deverá anexar documentos que comprovem as alterações ocorridas. Por exemplo: holerite atualizado, comprovante do novo endereço, certidão de nascimento, etc.

NOTA: A classificação geral dos alunos beneficiados pelo programa será refeita, considerando os alunos que se recadastrarem. Portanto, os valores poderão sofrer alteração em virtude de novas demandas do processo de renovação.

Eu, _____, estou ciente de que devo informar qualquer alteração de dados ao setor Sociopedagógico e que, caso decida desistir/abandonar e/ou trancar/cancelar o curso deverei informar formalmente à Coordenadoria Sociopedagógica.

Declaro, ainda, que estou de acordo com a regras do Programa e os requisitos para participar do recadastramento.

A omissão ou falsidade de informações pertinente à seleção resultará em exclusão do programa e devolução dos valores por mim recebidos, a fim de ressarcir os cofres públicos da União.

O Artigo 299 do Código Penal dispõe que é crime "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante".

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Estudante

Assinatura do responsável pelo estudante
(com menos de 18 anos)