**DECLARAÇÃO DE DIVISÃO DE ALUGUEL**

**ESTE DOCUMENTO SERÁ ACEITO SE ACOMPANHADO DO CONTRATO DE ALUGUEL E DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO DO VALOR PAGO CORRESPONDENTE AO ESTUDANTE. O DOCUMENTO DEVERÁ ESTAR RECONHECIDO EM CARTÓRIO OU CONSTAR ASSINATURA DIGITAL DO GOV.BR**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins de comprovação para o processo de bolsa de estudos, que resido no imóvel situado no endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, onde o valor mensal do aluguel é R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e o gasto com outras despesas R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sendo que o valor é dividido pelo total de \_\_\_\_ pessoas, totalizando R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para cada morador.

Nomes dos demais moradores:

 1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

2. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

3. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

4. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Declaro ainda que os dados acima apresentados são verdadeiros e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do Cadastro Socioeconômico e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos de bolsas e auxílios socioassistenciais, além das medidas judiciais cabíveis. Autorizo o Serviço de Atenção Socioassistencial a averiguar as informações acima.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do declarante conforme documento de identificação**
(Será aceito apenas o documento reconhecido em cartório ou com assinatura digital do Gov.BR)