



PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – Campus Sorocaba
Ações de Permanência (1º semestre)

ANEXO VII
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
prontuário _____, RG _____, CPF _____,
residente na Rua _____,
nº _____, bairro _____, cidade/estado _____,
CEP _____, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas
no Questionário Socioeconômico do presente Edital e declaro que as cópias dos
documentos apresentados são autênticas. Declaro ainda, que tenho conhecimento que
a falsidade implicará nas penalidades cabíveis, previstas no artigo 299 do Código Penal
e às demais cominações legais aplicáveis.

**() DECLARO QUE LI O EDITAL DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
DO 1º SEMESTRE DE 2024 E ESTOU DE ACORDO COM TODAS AS INFORMAÇÕES
PRESENTES NO EDITAL.**

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) estudante

Assinatura do responsável (estudante menor de 18 anos)