



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
Secretaria de Assuntos Estudantis
Coordenadoria de Programas de Permanência
Núcleo de Concessão e Acompanhamento de Auxílios

ANEXO D

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, declaro ter renda familiar mensal *per capita* no valor de R\$ _____, e assumo inteira responsabilidade pela veracidade dos documentos por mim apresentados no processo de renovação da avaliação socioeconômica para concessão dos auxílios da Assistência Estudantil.

Declaro, ainda, ter total conhecimento do teor do Edital de Renovação SAE/PPP/NCA Nº 01/2020, dos critérios de contrapartida presentes no item 17.7 e ciência de que, constatada qualquer irregularidade, será cancelado o auxílio, impossibilitando-me de receber benefícios por parte da Universidade Federal do Oeste da Bahia pelo período de 02 (dois) anos, contados a partir da data do cancelamento, bem como terei meu caso encaminhado à Procuradoria Jurídica da Universidade, para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis, segundo a Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983, de acordo com seu art. 2º, ao expressar que, se comprovada falsa a declaração, estarei sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

_____, ____/____ de 2020.

Assinatura do Estudante

Matrícula: _____