**ANEXO II**

**Declaração de Renda Per Capita**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com data de nascimento \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_, venho, por meio deste instrumento, declarar que:

* Sou maior de 18 (dezoito) anos e não possuo rendimentos ou exerço qualquer tipo de atividade remunerada, não contribuindo para a renda familiar;
* Trabalho de forma autônoma e exerço a profissão de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com renda mensal média dos últimos três meses de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

com o objetivo de assumir a vaga destinada às Ações Afirmativas do sistema de cotas do Edital 02/2025, referente ao Processo Seletivo para 2025 para vagas remanescentes da Faculdade PIT. Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a prestação de informação falsa implicará as penalidades previstas no Art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica). Além disso, caso seja constatada posteriormente a inveracidade de alguma informação após o registro acadêmico, mediante procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, tal fato poderá ensejar o cancelamento do referido registro, sem prejuízo das sanções previstas no artigo 9º da Portaria Normativa MEC nº 18, de 11 de outubro de 2012, Lei nº 12.711 de 2012 e Decreto nº 7.824 de 2012. Tenho ciência, ainda, de que as informações aqui prestadas serão verificadas por comissão própria da Faculdade PIT.

Teresina, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) declarante

(uma declaração para cada membro da família do núcleo familiar

que atenda a essa condição)