



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENADORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
DIVISÃO DE GESTÃO DE BENEFÍCIOS**

**DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE CORPOS
(ESTUDANTE)**

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, órgão expedidor _____, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº _____ e matriculado(a) no curso _____ da Universidade Federal do Ceará sob o nº _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de participação dos processos seletivos da Divisão de Gestão de Benefícios – DIGEB/PRAE/UFC, que estou separado(a) de corpos do(a) _____ desde a data de ____/____/____.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas neste instrumento, estando ciente de que a omissão de informação relevante ou a apresentação de dados falsos ou diversos do que deveriam ser declarados configurará o crime de Falsidade Ideológica, conforme o art. 299 do Código Penal, além de ensejar o meu desligamento imediato do Programa ou Auxílio caso confirmada em apuração posterior à inserção no referido benefício, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante