



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

DECLARAÇÃO DE COABITAÇÃO

Eu, , inscrito(a)
no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº e matriculado(a) no curso
 da Universidade Federal do Ceará sob o nº ,
declaro, para os devidos fins, que possuo guarda do(a) meu(minha) filho(a)
, cuja data de nascimento é
, e que ele(a) reside comigo na rua
, nº , bairro
, cidade e Estado .

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a omissão de dados ou a inserção de dado falso ou diverso da que deveria ser declarado configurará o crime de *Falsidade Ideológica*, conforme o art. 299 do Código Penal, além de ensejar o desligamento imediato do(a) estudante, participante de processo seletivo, do Programa ou auxílio caso confirmada em apuração posterior ao ingresso no referido benefício, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

, de de

Assinatura do(a) Declarante