



## AUTODECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, CADÚnico nº \_\_\_\_\_,  
residente na \_\_\_\_\_,  
na cidade de \_\_\_\_\_, no Estado de \_\_\_\_\_, declaro para  
os devidos fins, que:

sou integrante de família com renda mensal per capita de no máximo de 2 Salários Mínimos Federal, atendendo assim a condição de Baixa Renda, conforme premissa para participação do referido Processo Seletivo de concessão de bolsa pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional (EPM/UNIFESP).

Certifico ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras e estou ciente de que qualquer declaração falsa implica na eliminação do Processo Seletivo em questão, bem como as penalidades previstas em lei, conforme previsto pelo art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940).

**IMPORTANTE:** Enviar cópia do CADÚnico atualizado (nos últimos dois anos) à coordenação do PPG em Medicina Translacional.

São Paulo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)