



ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO ESTUDANTE

Nome completo: _____
Matrícula: _____ CPF: _____
Telefone: (____) _____ e-mail: _____
Endereço: _____
Curso: _____
Data de início no curso: _____
Programa: _____
Unidade: _____
Dados bancários (não pode ser banco digital, conta conjunta ou caderneta de poupança):
Banco: _____ Agência: _____ Conta corrente: _____

DECLARO, sob as penas da Lei, que:

- Não possuo emprego nem atividade remunerada;
 Possuo renda familiar per capita igual ou inferior a 2,0 salários mínimos, nos termos do Decreto nº 6.135, de 2007
Renda: R\$ _____
 Sou inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), de que trata o Decreto no 6.135, de 26 de junho de 2007,
 Estou ciente e de acordo do inteiro teor da Chamada Pública APE-PG nº 1/2022.

DECLARO ainda que me enquadro nas seguintes condições:

- pessoa com deficiência
 indígena
 negro
 filho menor de 5 anos Quantos? _____
 estrangeiro País de origem: _____
 residência a mais de 200km do local onde o curso é realizado
UF de origem: _____

DECLARO a veracidade das informações acima e estou ciente de que a Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz ou o Programa de Pós-graduação no qual estou matriculado(a) poderão solicitar a apresentação da minha documentação para fins de comprovação das referidas condições e que, caso eu não a apresente dentro do prazo determinado, ou seja verificada renda per capita superior a 2,0 (dois) salários mínimos, ou mudança nas demais condições de elegibilidade, o recebimento do auxílio será suspenso e eu poderei ser instado a devolver recursos recebidos indevidamente.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2022

Assinatura do estudante ou responsável legal