# MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA**

# TERMO DE COMPROMISSO AUXÍLIO RESIDÊNCIA (AR)

Eu,

 nascido em / / Nacionalidade Natural de:

 CPF Nº: Identidade Nº Órgão Expedidor: UF: Gênero: Masculino ( ) Feminino ( ) Outro ( ) Estado Civil: Residindo à Rua:

 Zona: Bairro: Cidade: Estado: CEP: Telefone(s):

 E-mail: estudante do curso de matrícula nº: .

Declaro estar ciente de que é obrigatório o cumprimento dos requisitos pedagógicos presentes em edital e no termo de Concordância do Serviço de Apoio Pedagógico, do qual tenho absoluta ciência, bem como, a comprovação de vínculo semestral com a instituição sob pena de desligamento automático do benefício AR.

 , de de .

(Local/Cidade e data)

Assinatura do/a estudante (por extenso de acordo com o RG ou assinatura eletrônica do Gov.br)

**Confirmo serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a informação falsa incorrerá nas penas do crime do Art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada posteriormente, em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejar o desligamento do benefício, sem prejuízos das sanções penais cabíveis.**