



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

UNIMONTES UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Coordenadoria Administrativa

---

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE BOLSA**  
**INCOMPATÍVEL COM A BOLSA DO PROGRAMA UAB**

Pela presente DECLARAÇÃO, eu \_\_\_\_\_,  
RG nº: \_\_\_\_\_, CPF nº: \_\_\_\_\_, declaro que não  
recebo nenhuma outra bolsa incompatível com a Bolsa do Programa UAB.

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as  
informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidade administrativa civil e penal e,  
imediata exclusão do programa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) candidato(a)