



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

UNIMONTES UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Centro de Educação a Distância

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.

Cidade/Estado, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) candidato(a) (Ou assinatura gov.br)