

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE NÃO FAVORECIMENTO DE AUXÍLIO DE IGUAL NATUREZA

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, matriculado(a) na UENF sob o nº \_\_\_\_\_,  
cursando \_\_\_\_\_,

declaro não receber auxílio-creche ou benefício similar em outro órgão da administração direta, em autarquia, fundação, empresa pública, sociedade de economia mista, inclusive suas subsidiárias, ou sociedade controlada, direta ou indiretamente, pelo poder público municipal, estadual ou federal, bem como na iniciativa privada.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) estudante