**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI OUTRO BENEFÍCIO DA MESMA NATUREZA DESTE PROGRAMA**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, naturalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Declaro que não sou beneficiário(a) de qualquer outro tipo de benefício remunerado ou de auxílio financeiro, com a mesma natureza do **Programa MS Supera**.

**Por ser a expressão fiel da verdade, me sujeito formalmente, por intermédio desta declaração, em caso de omissão ou falsidade, a responder pelas sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, nos termos que dispõe a Lei n. 7.115, de 29 de agosto de 1983.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de de 20 \_\_\_\_\_.

*(Local e data)*

Assinatura Digital

(Assinar o documento digitalmente pelo site do **Gov.br** no seguinte endereço eletrônico <https://sso.acesso.gov.br/> )