Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinada,

 portadora do documento de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, que as informações abaixo são verdadeiras, correspondendo ao período de 01.01.2019 a 31.12.2023.

1. Filha(o)

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ou Data de Guarda Definitiva da Criança, expedida pelo juiz: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Filha(o)

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ou Data de Guarda Definitiva da Criança, expedida pelo juiz: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Asseguro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo integral responsabilidade e que me disponho a prestar informações e comprovações adicionais quando solicitadas por esta Pró-Reitoria.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura