



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO VII

DECLARAÇÃO BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, NIS nº _____

declaro que sou beneficiário do Programa Bolsa Família e recebo o valor mensal de R\$_, **mas devido ao devido ao isolamento social por causa da pandemia do COVID-19 não tenho como apresentar não tenho como apresentar comprovantes emitidos pela entidade legalmente instituída demais.**

Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de documentos comprobatórios do Bolsa Família