



## **Declaração de Pagamento de Bolsas UAB**

Em \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, bolsista da modalidade \_\_\_\_\_ do Sistema UAB, declaro que não possuo outros pagamentos de bolsas em desacordo com a legislação vigente.

---

Nome completo do bolsista

**Observação:** a assinatura do bolsista deverá ter sua firma reconhecida em cartório ou por meio de fé pública.