**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE NECESSIDADE DE MUDANÇA DE RESIDÊNCIA**

Através do presente instrumento, **eu**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do estudante), declaro, conforme estabelecido no **Item 6.2**, **c**, do **Edital SEC nº 14/2024**, ter ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário do **AUXÍLIO PERMANÊNCIA ESTUDANTIL (MAIS FUTURO)**, e residir no endereço (Rua) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (município/UF)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nesta data, domicílio localizado a mais de 100 (cem) quilômetros do município do *campus* universitário onde estou matriculado no curso regular presencial de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do curso), na Universidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da Universidade), havendo necessidade de mudança de residência para frequentar o referido curso. Ao mesmo tempo, COMPROMETO-ME a:

1. Entregar Comprovante de Residência em novo endereço no prazo máximo de **30 (trinta) dias após o primeiro pagamento do auxílio**;
2. Providenciar atualização no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), caso não tenha sido atualizado a no mínimo 24 (vinte e quatro) meses.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de que a omissão ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes podem resultar no cancelamento sumário do Auxílio Permanência. Autorizo a Secretaria da Educação a confirmar e averiguar a informação prestada.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-BA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local, data, assinatura do estudante.

**Na condição de responsável legal, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das condições previstas na Lei nº 13.458, de 10 de dezembro de 2015, alterada pela Lei nº 14.360, de 01 de setembro de 2021.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO LEGÍVEL** | **CPF** | **ASSINATURA** |
|  |  |  |