**Área da Avaliação Socioeconômica**

Data da Avaliação: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Categoria Aprovada: \_\_\_\_\_

Data de Validade: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA COM DISPENSA DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito dispensa de entrega da documentação por motivo de pertencer a grupo familiar já avaliado pela Prace.

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 299 e do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade das informações prestadas à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PRACE) por meio do Cadastro para Programas de Assistência Estudantil (CPAE). Estou ciente dos instrumentais técnicos utilizados pela PRACE (solicitação de documentos complementares, entrevista individual, contato telefônico com o estudante e familiares, visita domiciliar) para fins de avaliação socioeconômica.

Responsabilizo-me por comunicar à PRACE, em tempo hábil, quaisquer ocorrências que alterem meu contexto socioeconômico. Declaro, ainda, conhecer e aceitar as normas previstas na Resolução CUNI/UFOP Nº 1380, de 26 de abril de 2012, que regulamenta os Programas de Assistência Estudantil da Universidade Federal de Ouro Preto e a Portaria PRACE nº 13 de 22 de Maio de 2015 que aprova os critérios e procedimentos para realização de avaliação socioeconômica.

**Identificação do (a) assinante:**

Estudante maior de 18 anos de idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável por estudante menor de 18 anos de idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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