SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PORTO ALEGRE

UFCSPA Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

DECLARAÇÃO

Nome do Residente:

CPF: CREMERS Nº

Endereço de origem:

Cidade: Estado: CEP:

Celular: Email:

Nome do Pai: CPF:

Nome da Mãe: CPF:

Curso:

Data de Ingresso:

O Residente acima qualificado, **DECLARA**, sob as penas da lei, que atende aos seguintes requisitos para concessão de moradia, nos termos do artigo 23 do Regulamento da Residência Médica da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde – UFCSPA e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – ISCMPA aprovado nos termos da RESOLUÇÃO CONSUN UFCSPA nº 64 de 02 de setembro de 2021:

a) **não exerço outra atividade remunerada além da residência médica, mantendo dedicação exclusiva ao programa de residência, sendo a bolsa auxílio a minha única fonte de renda;**

b) **não tenho familiares, cônjuge ou companheiro(a) que residam na cidade de Porto Alegre ou região metropolitana;**

c) **a minha renda familiar não excede a R$ 6 salários-mínimos nacionais.**

DECLARO-ME ciente de que para manutenção da concessão da moradia é necessário o atendimento dos três requisitos de forma **cumulativa e permanente**, obrigando-me a comunicar imediatamente à COREME caso de deixar de atender a qualquer um dos requisitos.

DECLARO que as afirmações acima são verdadeiras e que tenho plena ciência de que declaração falsa constitui crime de fraude, sujeitando-se às penas legais e ainda, a instauração de processo disciplinar e reembolso do valor corresponde ao benefício recebido de forma indevida, nos termos do artigo 26, caput e 26 § único do Regulamento da Residência Médica.

Porto Alegre, de de .

_____