

DECLARAÇÃO

Eu, _____, residente e domiciliado no Endereço: _____ nº _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Portador do RG: _____ e CPF: _____, data de Nascimento ___/___/_____, idade _____ declaro, para fins de requerimento de auxílio-saúde junto à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte(UERN), que não recebo outro benefício de AUXÍLIO SAÚDE, custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.

Declaro ainda que estou ciente de que o auxílio-saúde tem por finalidade subsidiar parte do valor despendido com planos ou seguros privados de assistência à saúde e terei que prestar contas anualmente.

Mossoró/RN, _____ de _____ de 20____.
