

Assinatura da Outorgante

(Idêntica à do Documento Apresentado)

ANEXO II – EDITAL N° /2024 -*Campus* - IFRN
PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA MULHERES MIL – IFRN *CAMPUS*
2024

DECLARAÇÃO – Nível de Escolaridade

Eu _____
_____, portadora da carteira de identidade RG nº _____, inscrita
no CPF sob o nº _____, residente e domiciliada na Rua
_____, nº _____, bairro
_____, município de _____, declaro:

Estou ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das
informações prestadas neste documento.

/RN, / / . (data)

Assinatura da Candidata
(Idêntica à do Documento de Identificação)

Testemunha Testemunha
(Idêntica à do Documento de Identificação) (Idêntica à do Documento de Identificação)