



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ – IFCE**

**DECLARAÇÃO PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI OUTRA
MATRÍCULA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR**

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____, CPF
nº _____, declaro que não possuo outra matrícula em Instituição
Pública de Ensino Superior, em conformidade com a Lei nº 12.089, de 11 de novembro de
2009, que proíbe que a mesma pessoa ocupe 2 (duas) vagas, simultaneamente, em
Instituição Pública de Ensino Superior. Caso seja constatada a duplicidade de matrícula,
terei que optar por uma das vagas, sob pena de ter minha matrícula cancelada.

_____, _____, de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Aluno(a)

Assinatura do(a) Responsável