**DECLARAÇÃO III – DECLARAÇÃO ANUAL DE RENDA DE ATIVIDADES RURAIS EMITIDA POR SINDICATOS, SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE AGRICULTURA E/OU ÓRGÃOS EQUIVALENTES**

Declaramos para fins de comprovação de renda proveniente das atividades rurais, objeto da solicitação de análise socioeconômica do estudante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no Processo de Seleção do Programa de Auxílio Estudantil da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), que a renda do grupo familiar é composta conforme demonstrativo abaixo:

1) Localização da(s) propriedade(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Número de pessoas que provém seu sustento na (s) propriedade(s) acima declarada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Período de referência: mês \_\_\_/ ano \_\_\_\_\_\_\_\_ ao mês: \_\_\_/ ano \_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) A condição de exploração é: ( ) Proprietário ( ) Propriedade cedida ( ) Arrendamento

( ) Parceiro ( ) Assentamento ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Área total do imóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hectares.

6) Descrição da comercialização realizada, conforme movimentações realizadas pelo Produtor:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Produtos:  (Descrição dos produtos) | Produção anual (quantidade: sacas kg, ton.) | Receita Bruta Anual (em R$) | (-) Custos da Produção: (em R$) | Receita Líquida Anual: (em R$) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nota: Poderão ser deduzidos custos com produção tais como: gastos com insumos utilizados na produção (sementes, adubos, herbicidas, entre outros), custos com mão de obra/maquinário terceirizado para o plantio, manutenção e colheita, alimentação de gado leiteiro/corte. Havendo a necessidade de mais linhas, incluir uma tabela anexa que também deve estar assinada pelo profissional.

Local e Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome, assinatura do profissional e carimbo órgão**