

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____ CPF n.º _____ ,
RG _____, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que recebo mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ _____, paga por _____. Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento da Bolsa de Estudo, se concedida, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

_____, de _____ de 2024.

Assinatura do Declarante/beneficiário com Reconhecimento em Cartório

Assinatura do Responsável pelo pagamento com Reconhecimento em Cartório

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____