

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
Estado civil _____, portador do RG nº _____
e do CPF nº _____, residente e domiciliado (a) na Rua:
_____,
declaro para os devidos fins, que recebo R\$ _____ mensais referente a pensão
alimentícia de meu filho (a) _____,
portadora do RG/Certidão de Nascimento nº _____.

Declaro ainda, minha inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta
Declaração, ciente de que a omissão ou a apresentação de informações ou
documentos falsos ou divergentes implicam no cancelamento, á qualquer tempo, da
inscrição do (a) candidato (a) _____
no processo de bolsa de estudo, bem como o cancelamento de bolsa adquirida, além
das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo o Centro Universitário Padre Albino - Unifipa a certificar as informações
acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

(Reconhecida firma em cartório)