

DECLARAÇÃO (NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA/AJUDA DE CUSTO)

Eu,
portador (a) do RG nº, expedido pelo (a)
e do CPF nº, residente e domiciliado (a) na
.....(endereço completo),
DECLARO, sob as penas da lei, que meu/minha (s) filho (a) (s)
.....
NÃO recebe (m) pensão alimentícia e/ou ajuda de custo do (a) pai (mãe), avô(ó),
tio(a) e/ou terceiros. Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações
contidas neste declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação
de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicam na exclusão
de (informar o nome do (a) estudante)
_____ do processo, além
das medidas judiciais cabíveis.

Declaro que estou ciente que a não veracidade da informação prestada constitui
falta grave, passível de punição, inclusive com a suspensão do benefício, nos
termos da legislação em vigor.

Escola Providência
Santa Maria / /2024.

Santa Maria/RS

Assinatura com firma reconhecida em cartório

Obs: Colocar duas testemunhas