

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____ CPF nº _____,
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 Filantrópica, se concedida, obrigam a
imediata evolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas
judiciais cabíveis.

Passo Fundo /RS, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Declarante/beneficiário

Assinatura do Responsável pelo pagamento

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: _____