



DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
portador(a) do RG n. _____ e do CPF n. _____,
domiciliado(a) no endereço _____, n. _____,
complemento _____, DECLARO que não recebo, sob as penas da legislação civil e penal,
pensão alimentícia mensal do(a) genitor(a): _____.
Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando
ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes
implicam o cancelamento da inscrição no Programa de Bolsas de Estudo / Ano Letivo 2027, bem
como o cancelamento da Bolsa de Estudo, obrigando a imediata devolução dos valores.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura