**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu,      , portador(a) do RG     e CPF      , residente e domiciliado na Rua       n°      , no bairro      , no município de      , declaro para fins desta análise socioeconômica, que recebo de      , portador do RG      , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (assinatura do provedor), pensão alimentícia no valor de R$       mensais.

Por expressão da verdade, atesto ciência sobre o Art. 299 do Código Penal que dispõe “*omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante*”.

Também expresso ciência e acordo, que tanto a omissão ou fraude nas informações, implicarão a qualquer momento o cancelamento da vaga concedida e encaminhamento de medidas cabíveis junto aos órgãos competentes desta Universidade.

Firmo o presente para efeitos legais.

(Nome completo do declarante)

(Documentos: RG/CPF/Matrícula/RA) (Anexar cópia do RG/CPF em PDF)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)

      de       de     .