

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
portador (a) da Carteira de Identidade n.º _____, órgão
expedidor: _____ e inscrito (a) CPF sob o n.º _____,
domiciliado (a) na rua _____,
n.º _____, bairro: _____,
cidade: _____, UF: _____.

Declaro para fins, de solicitação de Bolsa de Estudo, que recebo pensão alimentícia mensal
no valor de R\$ _____

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DA PENSÃO

Nome: _____

Idade: _____

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____

CPF: _____, RG: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ N.º _____

cidade: _____ UF: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação documentos falsos, implica no
cancelamento da Bolsa de Estudos e sujeito as penalidades previstas no Código Penal Brasileiro.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) declarante/beneficiário

Assinatura do Declarante/pagante

Atenção: Assinaturas deverá ser igual ao documento apresentado.