

## DECLARAÇÃO DE NÃO 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)  
no endereço: \_\_\_\_\_,  
n.º \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_  
cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_,  
declaro para fins de Bolsa de Estudo que não recebo pensão alimentícia mensal para:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Declarante

Atenção: Assinatura deverá ser igual ao documento apresentado.