

**DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG n. ° \_\_\_\_\_ e do CPF n. ° \_\_\_\_\_,  
DECLARO sob responsabilidade e penas da lei, que não recebo mensalmente pensão  
alimentícia.

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, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente  
recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura