

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

### ANEXO IV

Eu, (nome civil) \_\_\_\_\_, (nome social) \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua/Avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

bairro \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_,

declaro sob as penas da lei, para fins de apresentação ao Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), que pago R\$ \_\_\_\_\_ referente à pensão alimentícia de meus(inhas) \_\_\_\_\_ filhos(as) \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

RG/Certidão de Nascimento nº \_\_\_\_\_,

Nome \_\_\_\_\_,

RG/Certidão de Nascimento nº \_\_\_\_\_,

Nome \_\_\_\_\_,

RG/Certidão de Nascimento nº \_\_\_\_\_.

Declaro ainda, minha inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta Declaração, ciente de que a omissão ou a apresentação de informações ou documentos falsos ou divergentes implicam no cancelamento, à qualquer tempo, da inscrição do(a) candidato(a) (nome civil) \_\_\_\_\_, (nome social) \_\_\_\_\_, no processo de concessão/renovação bolsa de estudo, bem como no cancelamento de bolsa adquirida, além das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo o Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA) a certificar as informações acima.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

(com reconhecimento de firma ou assinatura digital via Gov.br)