

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____ (informar o nome da pessoa responsável pelo grupo familiar), portador(a) do RG n. ° _____ e do CPF n. ° _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, que não recebo pagamento referente a pensão alimentícia ou ajuda financeira em meu nome ou em nome de dependentes.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão de _____ (informar o nome do aluno) do Programa de Benefício Socioeconômico desta Universidade, além das medidas judiciais cabíveis. Autorizo a UFSM a certificar as informações acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Declarante

O declarante deverá reconhecer assinatura em Cartório

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____ **Telefone:** (_____) _____

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____ **Telefone:** (_____) _____

Assinatura: _____