

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

ANEXO III

Eu, (nome civil) _____, (nome social) _____, estado civil _____, portador 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 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, á 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)