

ANEXO 9

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu,

portador do RG nº  e inscrito no CPF sob o nº ,

declaro para os devidos fins que (marcar apenas uma alternativa):

Recebo pensão alimentícia, no valor de R\$  por mês.

Não recebo pensão alimentícia.

Recebo pensão alimentícia, não averbada, de

(indique quem paga) no valor de R\$  por mês,

(Se declarante menor de 18 anos, indique o responsável)

CPF: .

**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 implicarão medidas judiciais.**

Autorizo o Ifes a averiguar as informações acima fornecidas.

Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

de  de 20

Assinatura do declarante

Assinatura da 1ª testemunha

CPF:

Telefone de contato:

Assinatura da 2ª testemunha

CPF:

Telefone de contato:

*Observação: esta declaração deve ser preenchida por todos os membros da família, menores de 25 anos de idade, que são filhos de pais separados ou solteiros e que moram na mesma residência do estudante, incluindo o próprio estudante, se for o caso. Também devem preencher esta declaração os membros da família separados ou divorciados, de acordo com o Art. 1.694 do Código civil.*