

**DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, DECLARO, sob pena da lei, que:

(  ) **RECEBO** pensão alimentícia mensal de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (nome do genitor)

para meu(s) filho(s) \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_,  
 no valor MENSAL de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

(  ) **NÃO RECEBO** pensão alimentícia ou qualquer ajuda financeira do genitor de meu(s) filho(s) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente que a omissão ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam no cancelamento da inscrição no processo de Desconto Solidário, bem como no cancelamento do desconto concedido.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente a FUNDAÇÃO EDUCACIONAL JOÃO XXIII a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Declarante

**Observações:**

- Caso haja necessidade de preenchimento por mais de um dos componentes familiar, será necessário incluir cópia da declaração em cada processo.
- **Esta declaração só é válida com o reconhecimento em cartório da assinatura do declarante.**