

DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
detentor(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, domiciliado(a)
à (endereço) _____, nº _____,
complemento _____, na cidade de _____, DECLARO, sob as penas da lei,
que (assinalar a opção adequada)

() **RECEBO** o pagamento correspondente a pensão alimentícia e/ou ajuda de custo em benefício de (nome do/a beneficiado/a) _____ no valor de R\$ _____, **por mês, nos meses de abril, maio e junho de 2024.**

() **NÃO RECEBO** pensão alimentícia e/ou ajuda financeira do/a genitor/a de meu(s) filho(s).

Declaro a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta Declaração, estando ciente de que a omissão e/ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes poderão implicar cancelamento da bolsa de estudos. Assumo a responsabilidade de informar imediatamente à FUNDAÇÃO EDUCACIONAL JOÃO XXIII a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE

ESTA DECLARAÇÃO TEM VALIDADE SOMENTE COM O RECONHECIMENTO EM CARTÓRIO DA ASSINATURA DO(A) DECLARANTE OU ASSINADA PELA CONTA GOV.BR