

**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**