

DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador(a) do RG n° _____, e do CPF n° _____, domiciliado(a) na _____, n° _____, 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 ou com a assinatura digital do GOV.br.**