

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____
_____, portador(a) do RG
nº _____, órgão expedidor, _____ CPF _____,
candidato aos auxílios da Assistência Estudantil, declaro, para os devidos fins, que **NÃO RECEBO
PENSÃO ALIMENTÍCIA** de _____

(nome do responsável pelo pagamento da pensão) desde _____.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da inscrição no Programa de Assistência Estudantil da UFV, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

_____, _____ de _____ de 2017.
(Cidade)

Assinatura do(a) Candidato(a)