

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____
(informar o nome do responsável), portador(a) do RG n. ° _____ e do CPF n. ° _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação ao Colégio Agrícola de Frederico Westphalen - CAFW, que **não recebo pagamento** referente a pensão alimentícia em meu nome ou em nome de dependentes.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão de _____ (informar o nome do aluno) do Programa de Assistência Estudantil desta Universidade, além das medidas judiciais cabíveis. Autorizo ao CAFW a certificar as informações acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2011

Assinatura do Declarante

(O declarante deverá reconhecer firma em cartório)

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____