

## 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:** \_\_\_\_\_