

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA E AJUDA FINANCEIRA (CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS – LEI n° 12.101/2009)

Eu, _____,
inscrito (a) no RG sob o n° _____, expedido pelo (a) _____,
CPF n° _____, residente e domiciliado (a) na _____
_____ n° _____
bairro _____, CEP _____,
cidade de _____ Estado de _____,
que não recebo nenhum valor de pensão alimentícia e ajuda financeira em favor de: *(nome(s) do(s) filho(a))*

Neste mesmo ato, comprometo-me e assumo a responsabilidade de comunicar à Instituição de Ensino mencionada acima, qualquer alteração referente às informações prestadas nesta declaração e apresentar a documentação comprobatória.

DECLARO sob as penas da lei estar ciente de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente documento, poderá ensejar **sanções civis, e, principalmente, criminais (Art. 299 do Código Penal)** e responsabilização legal prevista pela **Lei n° 12.101/2009 Art. 15 § 1°**, alterada pela **Lei 12.868/2013, Decreto 8.242/2014**, além de acarretar o imediato cancelamento da bolsa e/ou descontos ofertados pela Instituição de Ensino ao aluno (a):

_____, _____ de _____ de 20____.
(CIDADE, DIA, MÊS E ANO)

ASSINATURA DO DECLARANTE