

**DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR PENSÃO ALIMENTÍCIA E/OU
PENSÃO POR MORTE****(Para os membros do grupo familiar)**

Eu, _____,
CPF nº _____, declaro sob as penas da lei, para comprovação
no requerimento da Bolsa de Estudo do (a) acadêmico
(a) _____, curso: _____,
fase: _____, que estou com a guarda da(s) criança(s) / adolescente(s) (descrever o(s) nome(s)):

_____.

Afirmo que a(s) criança(s) / adolescente(s) acima citado(s) não recebem pensão
alimentícia do pai (nome) _____,
CPF nº _____ e/ou mãe (nome)
_____, CPF
nº _____, pelo(s) seguinte(s)
motivo(s): _____

_____.

Declaro ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente que a omissão
de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e ou divergentes implicam
no cancelamento do recebimento de **Bolsa de Estudo/Pesquisa/Extensão** e obrigam a imediata
devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

E, por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

_____ (cidade), _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do responsável

Assinatura do(a) candidato(a)