



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO OU PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
(informar o nome da pessoa que declara receber ou pagar pensão alimentícia)

Portador (a) do RG _____ e CPF nº _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal de Ciências da Saúde – UFCSPA, que:

() recebo () pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão do (a) estudante do Programa de Auxílio Estudantil da UFCSPA.

Assinatura do (a) declarante _____.

Obs: anexar cópia RG e CPF do (a) declarante, conforme solicitado neste Edital

Para menores de 18 anos deverá ser assinado pelo responsável.

A omissão de informações e a falsa declaração são passíveis de punição assim como fraudes ou falsificação de documentos que visem burlar o processo, serão motivos de desclassificação e exclusão do Programa de Auxílio Estudantil, sem prejuízo das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, conforme a Lei nº 7.115/1983 e art.299 do Código Penal.

§ Falsidade Ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.