

**DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, DECLARO, sob pena da lei, que:

(  ) **RECEBO** pensão alimentícia mensal de \_\_\_\_\_  
(nome do genitor)

para meu(s) filho(s) \_\_\_\_\_,  
no valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

(  ) **NÃO RECEBO** pensão alimentícia ou qualquer ajuda financeira do genitor de meu(s) filho(s) \_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente que a omissão ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam no cancelamento da inscrição no processo de bolsa de estudo, bem como no cancelamento da bolsa de estudo.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente a FUNDAÇÃO EDUCACIONAL JOÃO XXIII a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**Observações:**

- Caso haja necessidade de preenchimento por mais de um dos componentes familiar, será necessário incluir cópia da declaração em cada processo.
- **Esta declaração só é válida com o reconhecimento em cartório da assinatura do declarante.**

COLÉGIO JOÃO XXIII – Rua Sepé Tiaraju, 1013 – Medianeira, Porto Alegre – RS  
CEP 90840-360 – Fone: (51) 3235 5000