DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, portador/a do RG Nº: , órgão expedidor/UF e do CPF Nº: , residente e domiciliado no endereço \_\_\_ declaro, sob as penas da Lei nº 7.115/83, para fins de apresentação à Universidade Federal Fluminense – UFF, que RECEBO Pensão Alimentícia e/ou Ajuda Financeira em favor de

(especificar para quem a pensão é destinada), paga por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo de quem paga a pensão - parte cedente) no valor de .

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 aplicação das penalidades administrativas e das medidas judiciais cabíveis**.**

Autorizo a UFF a certificar as informações acima.

Local e data: , de de 20 .



Assinatura do/a Declarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a Cedente

Testemunha 1 Testemunha 2

Nome: Nome: CPF: CPF: