

ANEXO III



DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO OU RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

- Este documento deve ser preenchido por quem paga ou recebe pensão alimentícia -

Nome: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, portador(a) do RG nº _____, residente e domiciliado(a) na _____

Bairro: _____ Cidade _____, RJ, DECLARO sob as penas da lei que:

() PAGO ou () RECEBO mensalmente pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____ (_____) referente ao (a) meu(minha) filho(a) _____ para/de _____, grau de parentesco _____.

Declaro ainda que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicarão no pagamento integral do benefício concedido ilegalmente e na adoção das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão de Avaliação e Fiscalização a confirmar e averiguar a informação acima.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

(Assinatura Digital - <https://www.gov.br>)



Referente ao aluno(a): _____

Matrícula: _____ Ano do Processo de Bolsa: _____