



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE - Ufac
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS – Proaes
DIRETORIA DE APOIO ESTUDANTIL – DAE
NÚCLEO DE APOIO À INCLUSÃO – NAI

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Declaro, para fins de inscrição no Programa de Assistência Estudantil da Universidade Federal do Acre- Ufac, que _____(nome), portador do documento de identidade nº _____e inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

() **RECEBO** o valor mensal de R\$ _____referente a pensão alimentícia/auxílio financeiro em meu nome ou em nome de dependentes;

() **NÃO RECEBO** nenhum valor mensal referente a pensão alimentícia/auxílio financeiro em meu nome ou em nome de dependentes;

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicam em medidas judiciais.

Por ser expressão da verdade, firmo e assino o presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante