

**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