

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, (informar o nome do recebedor da pensão alimentícia), portador(a) do RG nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras, que recebo R\$ _____ mensais, de _____ (informar o nome da pessoa que paga a pensão), que é _____ (informar o grau de parentesco) referente à pensão alimentícia. 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 exclusão de (informar o nome do(a) estudante) _____ do processo, além das medidas judiciais cabíveis.

Declaro que estou ciente que a não veracidade da informação prestada constitui falta grave, passível de punição, inclusive com a suspensão do benefício, nos termos da legislação em vigor, Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/40, *in verbis*:

Falsidade ideológica

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.*

Autorizo a Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras a certificar as informações acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Declarante