

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA (PENSÃO ALIMENTÍCIA)

Eu, _____, portador(a) do RG
nº _____, órgão expedidor _____, e CPF nº _____,
membro da família do(a) estudante _____

Curso de _____ da UFG, declaro, para os devidos fins, que

Recebo

Pago

Pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____

Em favor do(s) seguinte(s) filhos (se receber):

Afirmo serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a informação falsa incorrerá nas penas do crime do art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada posteriormente ao ingresso do estudante nos projetos sociais da Universidade Federal de Goiás (UFG), em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da participação do estudante, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, devendo este ressarcir ao erário.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) declarante