



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu ,
inscrito(a) no RG nº e no CPF nº ,
declaro, sob as penas das Leis Civil e Penal, para fins de apresentação ao processo de
análise socioeconômica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que:

RECEBO mensalmente de
o valor de R\$ referente a pensão alimentícia.

PAGO mensalmente a
o valor de R\$ referente a pensão alimentícia.

NÃO RECEBO pensão alimentícia.

NÃO PAGO pensão alimentícia.

Declaro a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento, estando ciente das penalidades cabíveis previstas no Art. 299 do Código Penal e de que a omissão ou a apresentação de informações falsas ou divergentes implicam na exclusão do estudante dos auxílios socioeconômicos. Assumo a responsabilidade de informar imediatamente o Setor de Assuntos Estudantis (SAE) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), a alteração dessa situação, apresentando documentação comprobatória.

Local/data: , de de .

Assinatura do/a Declarante