



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO / PAGAMENTO /
NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e que eu, _____, inscrito (a) no CPF nº _____ e RG nº _____, residente na rua _____, nº _____, bairro _____, cidade _____.

() recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____.

() pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____.

() não recebo pensão alimentícia.

E para que surtam efeitos legais e por ser verdade firmo o presente.

_____, ____ de _____ de 20____

(Assinatura do declarante)