



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
CAMPUS JÚLIO DE CASTILHOS

ANEXO V
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 os efeitos legais, e por ser verdade, firmo o presente.

Declaro também que, nesta data:

Possuo conta bancária, com cópia em anexo do extrato bancário do mês de inscrição neste edital.

Conta corrente

Conta poupança

Não possuo conta bancária

_____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do/a declarante
