

DECLARAÇÃO

(NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA/AJUDA DE CUSTO)

Eu,.....
portador (a) do RG nº, expedido pelo (a)
e do CPF nº, residente e domiciliado (a) na
.....(endereço completo), **DECLARO**,
sob as penas da lei, que meu/minha (s) filho (a) (s)
.....

NÃO recebe (m) pensão alimentícia e/ou ajuda de custo do (a) pai (mãe), avô(ó),
tio(a) e/ou terceiros. Declaro ainda, minha total responsabilidade pelas
informações contidas neste instrumento, estando ciente de que a omissão ou a
apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicarão
no cancelamento da inscrição ou do benefício do Programa Universidade para
Todos - ProUni, obrigando-me ao ressarcimento dos valores indevidamente
recebidos, quando for o caso, sujeitando-me, inclusive, às medidas judiciais
cabíveis.

Declaro, por último, estar ciente de que devo informar à Faculdade de Medicina
de Petrópolis ou ao Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto, a ocorrência de
alteração da situação acima declarada e apresentar a respectiva documentação
comprobatória.

Local e data.

.....
Assinatura do (a) declarante
(Reconhecer firma em cartório)