

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO OU NÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Assinatura da 1ª testemunha com CPF e telefone de contato

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, declaro para os devidos fins que _____, (nome da criança/adolescente), portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, () recebe pensão alimentícia no valor de R\$ _____ mensais, de _____ (pessoa que paga a pensão).

() não recebe pensão alimentícia.

Declaro que estou ciente que a não veracidade da informação prestada constitui falta grave, passível de punição, inclusive com a suspensão do benefício, nos termos da legislação em vigor, Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, a saber:

Falsidade ideológica:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Autorizo o IFES a certificar as informações acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Declarante com RG e CPF

Assinatura da testemunha com CPF e telefone de contato
