

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, órgão expedidor, _____ CPF _____, membro da família do candidato _____ ao ProUni, residente à Rua _____ nº _____, bairro _____ na cidade de _____, declaro para os devidos fins que **PAGO PENSÃO ALIMENTÍCIA** no valor mensal de R\$ _____ (_____),

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada posteriormente concessão da bolsa, em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da bolsa ProUni no UNIFAMINAS.

_____, _____ de _____ de 2018. (Cidade)

_____ Assinatura

do(a) Declarante

Testemunhas:

1) _____

(Assinatura)

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

Tel:(____) _____ Endereço: _____

2) _____

(Assinatura)

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

Tel:(____) _____ Endereço: _____