



ANEXO IX – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA

*(A ser preenchido pelo/a responsável legal que more com o/a
candidato/a)*

Eu, _____ -
portador(a) RG nº _____ e CPF/MF nº _____, na
qualidade de _____, declaro,
sob as penas da lei, que NÃO RECEBO PENSÃO ALIMENTÍCIA em
favor da(o) candidato(a)
_____, pelos seguintes
motivo(s):

o alimentante (quem paga alimentos) se nega ao
pagamento, sem dar justificativas;

e/ou

não promovi a ação judicial para fixação dos valores;

e/ou

o alimentante (quem paga alimentos) se encontra
desempregado ou sem rendimentos;

e/ou

foi fixada (judicialmente ou consensualmente) a guarda
compartilhada sem prestação de alimentos;

e/ou

o genitor ou progenitora é falecido(a);

e/ou

o genitor ou progenitora se encontra em lugar desconhecido, não mantendo qualquer contato.

e/ou

outro motivo, qual seja:

.

Declaro ainda que o acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no indeferimento do cadastro do(a) estudante e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Data:

Local:

(assinatura do/a declarante)

OBS: a assinatura deve corresponder ao do documento de identificação entregue ou ainda por meio da assinatura eletrônica feita através do site:

[https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica.](https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica)