



DECLARAÇÃO DE QUE NÃO RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, RG nº _____ e CPF nº _____, DECLARO, sob as penas das leis, que meu/minha filho(a) _____, não recebe pensão alimentícia de _____ (nome do genitor).

Declaro, estar ciente sobre a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro:

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, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Declaro, ainda, estar ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam 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, além das medidas judiciais cabíveis.

Declaro, também, estar ciente de que devo informar à Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, no caso de alteração da situação acima, apresentando a documentação comprobatória.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura