

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA, AUXÍLIO FINANCEIRO A TÍTULO DE ALIMENTOS OU QUALQUER AJUDA DE CUSTO

Eu, _____, (informar o nome do responsável pelo não recebimento da pensão alimentícia), portador (a) do RG nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Ufes, que não recebo pagamento referente à pensão alimentícia, auxílio financeiro a título de alimentos ou qualquer ajuda de custo, em meu nome ou em nome dos meus dependentes.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicam na exclusão de (informar o nome do (a) candidato(a)) _____ do processo, além das medidas judiciais cabíveis.

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, Decreto-Lei nº. 2.848, de 07/12/40, in verbis:

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 a UFES a certificar as informações acima.

Local:**Data:****Assinatura do declarante:**