



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Viamão - Coordenadoria de Assistência Estudantil

ANEXO 7

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO (OU NÃO) E PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,

RG: _____, CPF: _____, declaro sob as penas das

Leis Civil e Penal, que (marcar apenas uma alternativa):

- Recebo pensão alimentícia, no valor de R\$ _____ por mês.
- Não recebo pensão alimentícia.
- Pago pensão alimentícia não averbada no valor de R\$ _____ por mês, para (indique quem recebe) _____ Se pessoa menor de 18 anos, indique o responsável _____ CPF: _____

Viamão, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do(a) declarante

Observação: esta declaração deve ser preenchida por todos os membros da família, **menores de 25 anos** de idade, que são filhos de pais separados ou solteiros e que moram na mesma residência do estudante, incluindo o próprio estudante, se for o caso. Também devem preencher esta declaração os **membros da família separados ou divorciados**, de acordo com o Art. 1.694 do Código civil.

