



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo
Campus Santa Teresa

ANEXO 6

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
inscrito (a) no RG sob o nº _____, CPF nº _____,
residente e domiciliado (a) no endereço _____,
declaro que recebo a importância de R\$ _____ por mês referente a pensão
alimentícia em nome de _____, pago pelo (a) Sr. (a)
_____, inscrito (a) no RG sob o
nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado (a) no
endereço _____,
com o qual tem o seguinte grau de parentesco: _____.

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 do (a) estudante

_____ dos beneficiários dos Programas da Política de Assistência Estudantil do Ifes campus Santa
Teresa, sujeitando-se ainda às medidas judiciais cabíveis.

Local e data, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Nome da 1ª testemunha:

CPF/telefone:

Assinatura:

Nome da 2ª testemunha:

CPF/telefone:

Assinatura: