



## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Declaro, para fins de inscrição no Programa de Assistência Estudantil da Universidade Federal do Acre – UFAC, que eu \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_.

**RECEBO** ( ) o valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_ referente à pensão alimentícia/auxílio financeiro em meu nome ou em nome de dependentes.

**NÃO RECEBO** ( ) nenhum valor mensal referente à pensão alimentícia/auxílio financeiro em meu nome ou em nome de dependentes.

Declaro ainda, inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicarão em medidas judiciais.

Por ser expressão da verdade, firmo e assino o presente para que ele produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

Rio Branco, Acre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)