

## DECLARAÇÃO PENSÃO ALIMENTÍCIA

**Observação:** A declaração deve ser preenchida a próprio punho (à mão).

Eu, \_\_\_\_\_ Estado  
Civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_, CPF sob o nº \_\_\_\_\_, RG  
nº, \_\_\_\_\_ residente e domiciliado no endereço \_\_\_\_\_

Declaro sob as penas da lei, que recebo mensalmente pensão alimentícia no valor  
mensal de R\$ \_\_\_\_\_, para o (a) meu (minha) filho (a)

Declaro que os dados acima apresentados são verdadeiros e estou ciente de que a  
omissão de informação ou documentos falsos e/ou divergentes implica no cancelamento  
da bolsa de estudo. Autorizo o Serviço Social do Instituto Canção Nova, a averiguar a  
informação acima.

Declaro expressamente consentir com a coleta e tratamento dos meus dados pessoais  
elencados acima pela Faculdade Canção Nova, inclusive os sensíveis, declarando,  
ademais, estar ciente que os mesmos poderão ser utilizado para fins de organização e  
controle interno, podendo, sempre que solicitado, ter acesso aos dados coletados. O  
titular dos dados pessoais declara, por fim, estar ciente que o Instituto Canção Nova  
poderá contatá-lo, seja eletronicamente, seja via aparelho telefônico.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do (a) declarante \_\_\_\_\_