

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
residente Rua/Av _____ nº _____,
no Município de _____/RS, Fone _____
RG nº _____ e do CPF nº _____,

DECLARO, para fins de concorrer à Bolsa de Estudo na Rede de Escolas SÃO FRANCISCO, sob as penas da legislação cabível, que recebo **não recebo valor algum referente a pensão alimentícia** mensal do(a) genitor(a) _____ para o/a filho/a(s) _____.

Sendo de minha inteira responsabilidade as informações prestadas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de dados e/ou documentos inverídicos, implicará no cancelamento do processo de concessão de bolsa de estudo, bem como a anulação da bolsa de estudo já concedida, obrigando a imediata devolução dos valores.

Responsabilizo-me em informar imediatamente à Rede de Escolas SÃO FRANCISCO – a alteração dessa situação, apresentando todas as documentações comprobatórias.

_____, ____/____/____
(local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura

Esta declaração só poderá ser aceita acompanhada de um comprovante de endereço e sua devida cópia. Autorizo a instituição a auferir as informações acima declaradas.

A Sociedade Beneficente e Educacional São Cristóvão, mantenedora da Rede de Escolas SÃO FRANCISCO é certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, nas áreas de EDUCAÇÃO, oferecendo Bolsas de Estudo conforme vagas disponíveis por nível de ensino dentro do período letivo e que se enquadrem nos critérios estabelecidos na Lei nº 12.101, de 27 de novembro 2009, Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010, Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014 e Portaria Normativa 15 de 14 de agosto de 2017.