

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO/RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
CPF nº _____, e RG nº _____,
no endereço _____ n.º _____ complemento _____
bairro _____, cidade _____, Estado _____,
declaro para fins de apresentação à Central de Bolsas de Estudos, que:

() pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____

() recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____

a/de _____,
CPF nº _____, e RG nº _____.

Declaro ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento da Bolsa de Estudo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente à FACULDADE SANTA CASA, a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pagante (*quando for o caso*)
Reconhecer Firma

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal
Reconhecer Firma