



DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,

RG _____ CPF _____

Residente a Rua: _____,

nº _____ Bairro _____ Cidade/Estado _____,

DECLARO sob as penas das Leis Civil e Penal, que **NÃO** recebo pensão alimentícia de _____

Para que se firme verdade, assino a presente declaração e assumo a responsabilidade das informações prestadas sob as penas da Lei (Artigo 299 do Código Penal), junto a UNILINS/ETL.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura

(Reconhecer assinaturas em cartório)

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____