



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PENSÃO/AUXÍLIO FINANCEIRO – PARA
MENORES**

Eu, _____,
RG _____, CPF _____,
residente no endereço _____,

DECLARO, em obediência aos Art. 171 e 299 do Código Penal, que

_____,
RG _____, CPF _____,
residente no endereço _____,

e sobre minha responsabilidade parental não recebe nenhum tipo de pensão/auxílio financeiro, formal ou informal.

Declaramos ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando cientes de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam o cancelamento da inscrição do candidato junto à Universidade Federal de Alfenas.

Testemunha 1

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Testemunha 3

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura