**ANEXO IX**

**Modelo de Declaração de Recebimento de Pensão Alimentícia**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido no edital para comprovação no Cadastro Socioeconômico do(a) acadêmico(a) (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que pago mensalmente pensão alimentícia no valor mensal de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ao meu (minha) filho (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ainda que o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento das bolsas de estudo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos e pagamento das mensalidades do Curso de Medicina durante o período cursado em gozo do benefício concedido, além das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização ou quem a Faculdade Medicina do Sertão designar e averiguar a informação acima.

Local e data, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante Assinatura do candidato às bolsas

(reconhecer firma em cartório do declarante)