



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO – CAMPUS POSSE
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AO EDUCANDO

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____
_____, portador do RG _____ Órgão
Expedidor _____ e do CPF _____, residente no
endereço _____,
com o telefone () _____, declaro sobre as penas da lei, e para fins de
apresentação no IF Goiano Campus Posse, que realizo o **pagamento de pensão alimentícia**
mensalmente para _____
com o **valor mensal de R\$** _____. Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas
informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou apresentação de
informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam no cancelamento do discente
_____ do Processo de Seleção
em questão.

Declaro que as informações são completas e verdadeiras e estão sujeitas às sanções do
Decreto Lei 2848/40, Artigos 171 e 299, Código Penal.

Cidade e data _____, _____ / _____ / 20__.

Assinatura