ANEXO 10

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecidos)

Eu, Camila Oliveira da Silva Rodrigues, portador da carteira de identidade n° 06922886194, e CPF n°06922886194 declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico, que recebo o valor de R$ 500,00(legível) mensais para referente à pensão alimentícia do Rafael Nascimento dos Santos.

Declaro ainda que as informações acima apresentadas são verdadeiras e estou ciente de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento da inscrição/benefício.
Autorizo ainda o Serviço Social e a Secretaria de Assuntos Estudantis da UDESC a averiguar a informação acima.

Data: 18/03/2025

gov.br Documento assinado digitalmente
CAMILA OLIVEIRA DA SILVA RODRIGUES
Data: 18/03/2025 18:09:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Assinatura do Declarante

Declaro ainda ciente da Lei N° 2.848 de 1940 (Código Penal) em seu Artigo 301, Paragrafo 1º: “Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem: Pena - detenção, de três meses a dois anos”.