

ANEXO 10
DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU
MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecidos)

Eu, Isabella Leticia Cordeiro da Costa,
portador da carteira de identidade nº 8.472.671, e CPF nº 132.845.439-44,
declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do
Cadastro Socioeconômico, que recebo o valor de R\$ 500 (legível) mensais
para referente à pensão alimentícia ou pensão por morte, do(a)
Adriana Cesar da Costa.

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: 01 / 09 / 2025

Isabella L. C. da Costa
Assinatura da(o) Declarante

Declaro ainda ciente da Lei Nº 2.848 de 1940 (Código Penal) em seu Artigo 301, Parágrafo 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".