

ANEXO 10

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecidos)

Eu, Raphaella Delaqua Laranjeiras, portador da carteira de identidade nº 164.934.247-04, e CPF nº 164.934.247-04, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico, que recebo o valor de R\$ 800 (Oitocentos reais) (legível) mensais para referente à pensão alimentícia ou pensão por morte, do(a) Roberto Carlos Da Silva Laranjeiras.

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: 02 / 09 / 2025

Documento assinado digitalmente
 **RAPHAELLA DELAQUA LARANJEIRAS**
Data: 01/09/2025 23:06:25-0300
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”.