

ANEXO 10

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecidos)

Eu, **Suelen Fagundes da Silva**, portador da
carteira de identidade nº _____, e CPF nº _____ 047.042.690-00 _____,
declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do
Cadastro Socioeconômico, que recebo o valor de R\$ ____ 600 _____ (legível) mensais
para referente à pensão alimentícia ou pensão por morte, do(a) ____ Amirto Pereira Fagundes
da Silva _____.

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: __ 07 ____ / __ 09 ____ / __ 2026 ____

Documento assinado digitalmente
 **SUELEN FAGUNDES DA SILVA**
Data: 07/09/2026 16:48:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura da(o) Declarante

Declaro ainda ciente da Lei N° 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”.