

## ANEXO II - DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu \_\_\_\_\_,  
portador/a do RG nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_ e  
CPF \_\_\_\_\_, declaro, para fins do Processo Seletivo para Assistência  
Estudantil do IFMG, que:

( ) não recebo pensão alimentícia;

( ) recebo pensão alimentícia do Sr. (a). \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, por meio de \_\_\_\_\_ (forma  
de pagamento: ex. depósito bancário, em espécie, etc), no valor de  
R\$ \_\_\_\_\_ por mês.

Declaro ainda, que as informações prestadas neste Processo Seletivo para Assistência Estudantil do IFMG são verdadeiras. Além disso, afirmo estar ciente de que qualquer omissão ou declaração falsa, a fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre os fatos por mim alegados, constituem crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto Lei 2848/40) e, desde já, autorizo a verificação dos dados por mim apresentados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.

(Cidade/UF)

\_\_\_\_\_

Assinatura do/a Declarante

(No caso de menor de idade a declaração deve ser assinado pelo/a responsável)