

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO OU NÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, RG nº _____,

CPF n.º: _____, residente no **endereço**: _____

nº: _____, complemento: _____, Bairro: _____ Cidade: _____,

Estado: _____ **DECLARO** para os devidos fins de participação no processo seletivo BOLSA

Pronunciamento - N° 001/2026 e sob as penas da Lei n° 7.115/83, art. 2º, que meus filho(s) / filha(s):

Nome(s) do(s) filho(s) e ou filha(s)

Nome(s) do(s) filho(s) e ou filha(s)

() recebe/recebem pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____.

() **não recebe/não recebem** pensão alimentícia.

do(a) Sr.(a): _____ **CPF n.o:** _____

RG nº: _____.

Declaro ainda, que as informações apresentadas são verdadeiras e estou ciente que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes poderão implicar no cancelamento do recebimento da **BOLSA PROUNI**, além das medidas legais cabíveis.

Neste ato, para fins de cumprimento das exigências estabelecidas na **Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD**, **autorizo** expressamente, a coleta, recepção, classificação, transmissão, processamento, arquivamento, armazenamento, tratamento, transferência e gerenciamento de meus dados pessoais e dados pessoas sensíveis, pela **Instituição da Rede Metodista de Educação**, para fins de participação do processo seletivo da **BOLSA PROUNI**.

Autorizo, por fim, o compartilhamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis com órgãos e entidades públicas, para fins de cumprimento da legislação relacionada à **BOLSA PROUNI**.

, de de .

Assinatura do(a) Declarante