



(lvd)

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO OU NÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, RG n.º: _____

e CPF n.º: _____, residente no endereço: _____
_____ , nº: _____, complemento: _____, Bairro: _____

Cidade: _____, Estado: _____, **DECLARO** para os devidos fins de participação no processo seletivo **BOLSA SOCIAL/EDUCAÇÃO METODISTA - Nº 001/2026** e sob as penas da Lei nº **7.115/83, art. 2º**, que meus filho(s) / 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 implicam no cancelamento do recebimento da **BOLSA SOCIAL/EDUCAÇÃO METODISTA** e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas legais cabíveis.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente à **Instituição da Rede Metodista de Educação**, a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

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 SOCIAL/EDUCAÇÃO METODISTA**.

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 SOCIAL/EDUCAÇÃO METODISTA**.

_____, ____ de _____. _____.

Assinatura do(a) Declarante