

MODELO 02

DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO E NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO

Eu _____ (informar o nome do responsável pelo não recebimento da pensão alimentícia), portador (a) do RG nº _____ e do CPF nº _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação ao Centro de Assistência e Motivação de Pessoas – CAMP OESTE que não convivo com o pai do meu (minha) filho (a) e não recebo nenhum valor referente a pensão alimentícia do meu filho/(a) _____ - _____ (informar o nome da pessoa que não recebe a pensão)

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão de

_____ (informar o nome do aluno) do Curso de Formação Básica Sócio Educativa para Trabalho, além das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo ao Centro de Assistência e Motivação de Pessoas CAMPOESTE certificarem as informações acima.

Autorizo que as informações declaradas sejam analisadas pelo/a profissional de Serviço Social (Lei nº 8.662), de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS/04) como critério para inserção ao programa e serviços da entidade.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Responsável