

DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, e do CPF nº _____, domiciliado(a) na _____, nº _____, complemento _____, na cidade de _____,

DECLARO, sob pena da lei, que:

() RECEBO pensão alimentícia mensal do Sr. _____ para meus(s) filho(s) _____

no valor MENSAL de R\$ _____

() NÃO RECEBO pensão alimentícia ou qualquer ajuda financeira do genitor de meu(s) filho(s) _____

Autorizo o Colégio Santa Escolástica a certificar as informações acima.

O Responsável Legal pelo aluno declara estar ciente e concorda com a coleta de dados indicados neste documento, os quais serão utilizados internamente pelo Colégio Santa Escolástica para prestação de serviços educacionais contratados, bem como para fornecimento destas informações aos órgãos públicos vinculados à educação, nas esferas federal, estadual e municipal, e ao INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais) tudo isso em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18). Compromete-se o Colégio Santa Escolástica com a guarda e proteção dos dados que lhe forem fornecidos.

O Responsável legal pelo aluno declara estar ciente e concorda especificamente com o fornecimento dos dados de sua condição socioeconômica e de outros membros de sua família com a finalidade de avaliação de seu enquadramento para gozo de bolsa de estudos, conforme os termos da LC 187/2021 e Decreto 11.791/2023.

_____, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Declarante