**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO/RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, , CPF n.º e RG n.º , residente e domiciliado no endereço , n.º , complemento , bairro , cidade , declaro para os devidos de apresentação à Central de Bolsas de Estudos, que:

( ) pago pensão alimentícia no valor mensal de R$

( ) recebo pensão alimentícia no valor mensal de R$

( ) não recebo pensão alimentícia

( ) não pago pensão alimentícia

de , CPF n.º e RG nº .

Declaro ainda, que as informações acima 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 de Estudo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente à FUNDAÇÃO DESON QUEIROZ – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, 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 FUNDAÇÃO DESON QUEIROZ – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, para fins de participação do processo seletivo da bolsa filantrópica.

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 filantrópica.

Fortaleza, de de

Assinatura do Pagante (quando for o caso) Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal

**(reconhecer firma) (reconhecer firma)**