

ANEXO IV

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 fins de inscrição no Edital FEQ Nº 01/2024,
que:

() pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____
para _____, CPF n.º _____
e RG n.º _____.

() recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____
de _____, CPF n.º _____
e RG n.º _____.

() não recebo pensão alimentícia.

() não pago pensão alimentícia.

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 EDSON 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 pessoais sensíveis, pela FUNDAÇÃO EDSON 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(a) pagante
(quando for o caso)

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal

(reconhecimento de firma optativo para o candidato e obrigatório para demais membros do grupo familiar)