

DECLARAÇÃO QUE NÃO RECEBE BENEFÍCIO DE IGUAL NATUREZA

Eu _____,
brasileiro(a), natural de: _____, CPF nº _____
ocupante do cargo de: _____, efetivo (a),
lotado(a), _____,
município: _____, jurisdicionado à Coordenação
Regional de: _____, **Declaro** para os devidos
fins junto à Secretaria de Estado da Educação, que o (a) dependente,
_____, nascido (a) em
_____, não recebo benefício de igual natureza em outro órgão da
administração direta, em autarquia, fundação, empresa pública, sociedade de economia
mista, inclusive suas subsidiárias, ou sociedade controlada, direta ou indiretamente, pelo
poder público municipal, estadual ou federal, bem como na iniciativa privada.

Outro sim, responderei civil e criminalmente pelas informações prestadas.

Local e data

Assinatura conforme documentação apresentada