



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

DECLARAÇÃO

Eu, _____, servidor(a) público(a) do
Município de Ananindeua, matrícula nº _____, lotado(a)
na _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº
_____, DECLARO:

1. Que não recebo auxílio natalidade ou qualquer benefício equivalente, em razão do nascimento de meu(s) filho(s), em outro órgão ou entidade da administração pública federal, estadual ou municipal;

2. Que meu cônjuge/companheiro(a), _____, também não recebe auxílio natalidade ou benefício equivalente em razão do mesmo evento, em qualquer órgão ou entidade da administração pública federal, estadual ou municipal.

Declaro, ainda, estar ciente de que a prestação de informação falsa, além de ensejar a restituição dos valores recebidos indevidamente, sujeita-me às sanções administrativas, civis e penais cabíveis.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Ananindeua, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Declarante