



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**DECLARAÇÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA
TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declarante:			
CPF:		Identidade:	
Endereço:	Rua:		
	Bairro:	CEP:	
	Cidade:		UF:
Celular:		E-mail:	

	Dependentes	Data de Nascimento	Idade	Parentesco
01				
02				
03				
04				
05				
06				

Declaro, estar ciente de que devo **comunicar imediatamente** à DGRH qualquer fato que resulte na **perda do direito ao benefício**, tais como:

- Óbito do dependente;
- Cessação de invalidez de filho(a) inválido(a);
- Modifica o da guarda judicial ou decisão judicial que determine pagamento a outro responsável.

Estou ciente de que o descumprimento das obriga es aqui assumidas poderá acarretar:

- Devolu o das importâncias indevidamente recebidas;
- Aplica o das san es legais cabíveis, conforme legisla o vigente.

Observa es:

- Apresentar junto a esta declara o cópia de certidão de nascimento ou RG dos dependentes, além de declara o escolar para filhos maiores de 14 anos, conforme a legisla o vigente.
- Este modelo poderá ser utilizado tanto para concessão inicial quanto para atualiza o cadastral do benefício no âmbito do DGRH.

Presidente Kennedy, ES ____/____/20__.

Assinatura do declarante