

## 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