CÂMARA MUNICIPAL DE
SANTO ANDRÉ

DECLARAÇÃO DE NÃO APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Eu, _____, ocupante do cargo/função _____
_____,
portador do RG nº _____, **DECLARO**, sob as penas da lei, que **NÃO RECEBO** benefício algum do INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS, referente à aposentadoria por invalidez.

Santo André, ___ de _____ de _____.

_____
Assinatura