

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É APOSENTADO OU REFORMADO POR INVALIDEZ

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não percebe proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 (ex-servidor público civil) ou dos arts. 42 e 142 (ex-servidor militar) da Constituição Federal, que sejam inacumuláveis com o cargo em que tomará posse.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Candidato

