

ANEXO VII DA NORMA COMPLEMENTAR Nº 34/2023

DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL DE SOLTEIRO

Declaro, para fins de prova junto ao Plan-Assiste, de acordo com o art. 2º, inciso III, alínea “a”, do art. 2º, da Norma Complementar 34/2023, que os beneficiários especiais abaixo citados são solteiros.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, em caso de falsidade, estarei sujeito às penalidades administrativas, cíveis e criminais previstas na legislação de regência, assim como no Regulamento Geral do Plan-Assiste e normas correlatas.

Inclui-se nas sanções administrativas o ressarcimento integral e imediato das despesas realizadas com os beneficiários abaixo, na falta da comprovação da dependência.

As informações constantes desta Declaração poderão ser objeto de análise pela administração do Programa junto aos Órgãos competentes.

NOME DO TITULAR	MATRÍCULA	LOTAÇÃO
-----------------	-----------	---------

NOME DO BENEFICIÁRIO ESPECIAL	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF	NOME DA MÃE

Local e Data

Assinatura