

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É APOSENTADO OU REFORMADO POR INVALIDEZ

Nome:		
RG.:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:
CPF.:		
Residente e domiciliado(a) na rua:		nº:
Cep:	Complemento:	
Município:	UF.	

DECLARA

Sob as penas da lei e para os devidos fins e efeitos, que não é aposentado e ou reformado por invalidez temporária e ou permanente.

Para clareza firma a presente para que surta todos os efeitos legais.

Viana/ES, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) declarante / candidato(a)

Reconhecer Firma