

DECLARAÇÃO

Eu, **NOME:** _____,

NACIONALIDADE: _____, **ESTADO CIVIL:** _____,

PROFISSÃO: _____, **SIAPE:** _____,

R.G: _____, **CPF:** _____,

ENDEREÇO: _____,

BAIRRO: _____, **CIDADE:** _____,

TELEFONE: _____, **E-MAIL:** _____,

declaro que não ingressei com ação individual referente à restituição da contribuição previdenciária sobre os adicionais de insalubridade, periculosidade e irradiação ionizante, como também não recebi de outra forma valores a título dessa vantagem, quanto ao período ora pleiteado.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Servidor