



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Nome do Servidor:

Cargo:	Lotação:
CPF:	CPF – Cônjuge:

Ordem	Nome Completo dos Dependentes	Relação de Dependência	CPF	Data de Nascimento

PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA, DECLARO QUE SÃO MEUS DEPENDENTES AS PESSOAS ACIMA RELACIONADAS: SIM () NÃO ()

Observações

CIENTE DA PROIBIÇÃO DA DEDUÇÃO DE UM DEPENDENTE POR AMBOS OS CÔNJUGES, DECLARO, SOB AS PÊNAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE, NÃO CABENDO A DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS/SEMAD/PMA, NENHUMA RESPONSABILIDADE PERANTE A FISCALIZAÇÃO.

Alagoinhas, ____ de _____ de _____.

Assinatura