

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____,

Inscrito no RG nº _____ e CPF nº _____, **DECLARO** que não recebi judicial ou administrativamente valores referentes à devolução de FASPM e **AUTORIZO** a devolução em folha de pagamento caso seja constatada a duplicidade de pagamento, sem afastar a apuração de eventual responsabilidade.

Dados Bancários:

Código Banco: _____

Agência: _____

Operação: _____

Conta Corrente: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

DECLARANTE