

**ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE  
SÃO BERNARDO DO CAMPO**

**DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**

Declaro para os devidos fins, e sob as penas da lei, que meu (minha) filho(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ associado(a) nº \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_, portador(a)  
da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, CPF/MF nº \_\_\_\_\_, residente  
na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_, atualmente cursando o \_\_\_\_\_ ano  
(semestre), do curso de \_\_\_\_\_, no período \_\_\_\_\_, no(a) (escola)  
\_\_\_\_\_, é meu dependente economicamente.

Assumo inteira responsabilidade por esta declaração sujeitando-me às sanções civis, administrativas  
e criminais previstas na legislação aplicável.

**São Bernardo do Campo**, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**nome/número de associado/categoria/assinatura do declarante**