



CIDADE SÃO PAULO
CNPJ: 46.395.000/0001-39
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE - MP

DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR			
Nome:		RF:	
Data nascimento:	RG:	CPF:	
Cargo/Função:		Padrão:	
Categoria Funcional:		Regime Previdenciário: RPPS	
Filiação:			

2 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE			
SECRETARIA / SUBPREFEITURA / DRE: <u>São Miguel</u>			
ENDEREÇO: <u>Av. Nordestina, 747</u>			
CEP:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">8</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">2</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">1</div>	-
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>

3 – REQUERIMENTO	
À Senhor (a) Responsável	
Tendo em vista as instruções normativas próprias do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, venho REQUERER , a expedição da declaração de exercício, para fazer prova junto àquele órgão no meu pedido de Certidão de Tempo de Contribuição, para averbação de tempo para fins de aposentadoria.	
São Paulo, ____/____/____	
 _____ Assinatura do Servidor	

4 – DECLARAÇÃO	
Para os efeitos legais junto ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, e para os fins previstos na Lei Federal nº 6226 de 12/07/75, com as alterações da Lei Federal nº 6864 de 01/12/80, bem como na Lei Municipal nº 9403 de 24/12/81, DECLARO que o (a) servidor (a) acima identificado (a) pertence ao Quadro Geral do Serviço Público Municipal, tendo iniciado exercício em ____/____/____	
São Paulo, ____/____/____	
 _____ Carimbo e Assinatura Responsável pela Unidade de Pessoal	

5 – VALIDADE Conforme orientação do INSS, esta declaração terá validade de 30 (trinta) dias , contando de sua expedição.
