

DECLARAÇÃO

Declaramos que (nome do beneficiário) _____ é
nosso funcionário /ou filho de nosso funcionário (nome do funcionário)
_____.

Belo Horizonte, ____/____/____

Carimbo e assinatura.

**Obs.: Declaração deverá ser feita em papel com timbre da
empresa assinada por responsável legal.**

ESPAÇO PARA SICEPOT-MG:

ATESTADO DE QUE A EMPRESA Á ASSOCIADA AO SICEPOT-MG