

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE eu,

_____,
Matrícula nº _____, portador (a) do RG nº _____, e inscrito(a)
no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado no endereço

assumo inteira responsabilidade pela veracidade da documentação apresentada
ao Instituto do Previdência dos Servidores do Município de Teresina – IPMT.

Declaro estar de inteira responsabilidade pelas informações prestadas, estando
ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades
cabíveis, previstas no art. 299 do Código Penal e às demais cominações legais
aplicáveis.

_____, _____ de _____ de _____

Declarante