TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CONCESSÃO DO SALÁRIO-FAMÍLIA

Eu,_____ CPF:_____
CI:_____, lotado(a) na Secretaria Municipal _____,
declaro, em conformidade com a legislação vigente, que possuo os seguintes dependentes para fins do benefício do salário-família:

Nome do filho	Data de nascimento

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a perda do direito ao salário-família: ÓBITO DE FILHO; CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO; SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (casos de separação ou divórcio, abandono de filho ou perda do pátrio poder). Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitarme-á as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal, sem prejuízo de abertura de sindicância para apuração de irregularidades.

Ouro Preto, _____ de _____ de 20__.

_____
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)