**DECLARAÇÃO DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADE**

 Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da CI: 000000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00, residente Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, declaro ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que fui paguei os meses (informar os meses que foram pagos nos 4 meses posteriores ao nascimento do bebê) incorretamente. Declaro que fiquei todo o período afastada da minha atividade do INSS e que abdico destas contribuições para conseguir meu salário-maternidade.

 CIDADE/ESTADO , \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NOME COMPLETO

 0000000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00