**DECLARAÇÃO**

Eu, NOME COMPLETO, portador(a) da RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSP/CE, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_, Bairro, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Estado, declaro ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que exerço a atividade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Cidade/Estado, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

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

NOME COMPLETO

Número RG 00000000 SSP/CE, CPF: 000.000.000-00