**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**(CONCESSÃO SALÁRIO FAMÍLIA)**

Fonte Pagadora: PREFEITURA DE PESCARIA BRAVA

Nome do declarante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF n°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BENEFICIÁRIOS

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Filho(a) | Data de nascimento |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

( ) NÃO HÁ BENEFICIÁRIOS

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família:

- Óbito de filho;

- de cessação da invalidez de filho inválido;

- Sentença judicial que determine o pagamento a outrem (caso de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Ciente da proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges e ainda, de que a falta de cumprimento ora assumido, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á ás penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal e à rescisão de contrato de trabalho por justa causa, nos termos do artigo 482 da consolidação das Leis do Trabalho.

Pescaria Brava, \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 20\_\_\_.

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

Assinatura do declarante