**DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE SEGURO DESEMPREGO**

**VERSÃO 2017.1**

Eu,      , cédula de identidade nº      , órgão de expedição      , inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob o nº      , nomeado(a) para exercer o cargo de       do quadro de pessoal permanente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais - IFMG, Campus       **declaro,** para os fins que se fizerem necessários e conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.981/19901 que, a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado, **não sou beneficiário do seguro desemprego**.

**Declaro**, ainda, que as informações aqui prestadas são **exatas e verdadeiras** e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no art. 299 do Código Penal2.

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ,  Local e Data |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Declarante |