

SUBSÍDIO POR MORTE

DECLARAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo _____
Data de nascimento __ / __ / ____ Morada _____
Categoria carreira _____ Classe _____ Escalão _____
Função que exerce _____ Colocado em _____

DECLARAÇÃO

Declaro, para efeitos do disposto no nº 1 do artigo 264 do Estatuto Geral dos Funcionários do Estado, que a subsídio por morte e todos os abonos que sejam devidos após a minha morte devem ser pagos a:

Nome completo _____
Data de nascimento __ / __ / __ Parentesco com o funcionário _____
Morada _____
Data _____ Assinatura do declarante

AUTO DE ABERTURA

A presente declaração foi aberta em __ / __ / __ por mim _____

na presença dos seguintes funcionários:

Nome _____, categorial carreira _____
Nome _____ categoria/carreira _____
Assinatura Assinatura Assinatura