

DECLARAÇÃO DE SALÁRIO - FAMÍLIA
TERMO DE RESPONSABILIDADE
(Concessão de Salário – Família – Portaria nº. MPAS – 3.040/82)

EMPRESA:	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE DESENVOLVIMENTO DE EXTENSAO E PESQUISA		
ENDEREÇO:	AVENIDA FERNANDES LIMA. 4789 – SNT0 AMARO		
CIDADE:	MACEIÓ - AL	CEP:	57052-405
CNPJ:	12.449.880/0001-67	UF:	AL

COLABORADOR:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP:	
CPF:		RG:	

BENEFICIÁRIOS	Nome do Filho		Nascimento
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

Pelo presente termo de responsabilidade declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinem a perda do direito ao salário família:

- ÓBITO DO FILHO
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM

Estou ciente ainda, que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal e a rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da CLT.

Maceió, Al ____/____/____.

Assinatura do Colaborador