



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SERTÃO PERNAMBUCANO**  
**REITORIA – DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**DECLARAÇÃO**

Eu, XXX, inscrito (a) no CPF XXXXXXXXXXXX, declaro a veracidade das informações prestadas, dos documentos apresentados e da realização do pagamento do funeral, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal. Declaro ainda que não solicitei o pagamento deste benefício em outro local.

(CIDADE), XX de (MÊS) de 2024.

---

Assinatura do(a) Requerente