

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE OUTRO BENEFICIÁRIO

DECLARAÇÃO

Eu, _____, matrícula nº _____, ocupante do cargo de _____, declaro, para fins de concessão da Jornada Especial de Trabalho prevista na Lei Complementar nº 145/2026, que em relação ao dependente:

Nome: _____

CPF (se houver): _____

não há outro responsável legal usufruindo da Jornada Especial de Trabalho prevista na referida Lei Complementar, seja no âmbito do Município de Caraguatatuba ou em qualquer outro ente da Administração Pública.

Declaro, ainda, estar ciente de que eventual concessão simultânea indevida poderá ensejar o cancelamento do benefício, restituição de valores e apuração de responsabilidade administrativa.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Caraguatatuba, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a)