



**DECLARAÇÃO DO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO**

|  |
|--|
| <b>Dados do Ente Federativo</b>  |
| Ente Federativo:   |
| CNPJ:  |
| Endereço:  |
| <b>Dados do Exercente de Mandato Eletivo</b>   |
| Nome:  |
| Função:  |
| NIT/PIS/Pasep/NIS:   |
| CPF:   |
| RG:  |
| Endereço residencial (completo):   |
| Telefone:  |
| Período: ___/___/___ a ___/___/___   |
| Para fins de opção pela filiação na qualidade de segurado:<br>( ) facultativo;<br>( ) contribuinte individual; ou<br>( ) empregado;  |
| Declaro, sob as penas da Lei, que para o período acima citado e relativamente às competências contidas no “Discriminativo das Remunerações e dos Valores Recolhidos Relativos ao Exercente de Mandato Eletivo - Anexo XIV”, não solicitei a restituição dos valores descontados pelo ente federativo e não exerci outra atividade determinante de filiação obrigatória ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS ou ao Regime Próprio de Previdência Social - RPPS. |
| Local: _____ Data: ___ de _____ de _____   |
| _____<br>Assinatura do Exercente de Mandato Eletivo  |