



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS  
DIRETORIA GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE SEGURO-DESEMPREGO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

CPF		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			
LOTAÇÃO			
E-MAIL		FONE	

DECLARAÇÃO

DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998<sup>i</sup>, de 11 de Janeiro de 1990, que a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado, não sou beneficiário do seguro-desemprego.

DECLARO, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no artigo 299 do Código Penal<sup>ii</sup>.

<sup>i</sup> Lei nº 7.998/90 - Art. 24. Os trabalhadores e empregadores prestarão as informações necessárias, bem como atenderão às exigências para a concessão do seguro-desemprego e o pagamento do abono salarial, nos termos e prazos fixados pelo Ministério do Trabalho.

<sup>ii</sup> Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848/40 - Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)