



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

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE SEGURO-DESEMPREGO**

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

NOME:	
RG:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	
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)