

Ao

CONSELHO DE GERÊNCIA DOS SAMS/CENTRO

SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO CENTRO

AV<sup>a</sup> FERNÃO DE MAGALHÃES, 476

3001-958 COIMBRA

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

beneficiário titular nº \_\_\_\_\_, declaro, nos termos regulamentares, sob compromisso

de honra, que a/o candidata/o a beneficiário \_\_\_\_\_,

coabita comigo.

Mais declaro que, qualquer alteração aos dados por mim fornecidos será comunicada, no prazo de 22 dias úteis (artº 4 nº 3 do regulamento) aos Serviços Centrais dos SAMS/Centro.

As infracções cometidas pelos beneficiários pertencentes ao meu agregado familiar serão da minha responsabilidade.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular \_\_\_\_\_