



**DECLARAÇÃO DE INTERESSE**

Eu, \_\_\_\_\_ beneficiário(a) Aposentado(a)/Pensionista do Instituto de Previdência de Aparecida de Goiânia – AparecidaPrev, matrícula n° \_\_\_\_\_, portador (a) da Carteira de Identidade n° \_\_\_\_\_, inscrição no CPF n° \_\_\_\_\_ residente na \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ CEP n° \_\_\_\_\_ Estado de GO, n° de telefone \_\_\_\_\_, candidato a membro do Conselho Previdenciário – representante dos inativos e pensionistas, do Instituto de Previdência de Aparecida de Goiânia – APARECIDAPREV, para um mandato de 02 (dois) anos, declaro estar ciente das atribuições e responsabilidades inerentes a respectiva função de conselheiro.

Aparecida de Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2024.

\_\_\_\_\_  
(Nome do Candidato)