



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Site: www.cmdcasorocaba.org.br

Email: contato@cmdcasorocaba.org.br

DECLARAÇÃO EMERGENCIAL - KIT ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL CMDCA

Data: ____/____/____ OSC Referência: _____

Nome do responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

CEP: _____ A família é atendida pelo Cras? Qual?: _____

Número do NIS: _____

Exerce atividade remunerada? Qual?: _____

Local de trabalho (nome e endereço do local) _____

Vínculo empregatício: () CLT () Autônomo () MEI () outros: _____

Atividade para renda extra: _____

Telefone para contato: (____) _____

Telefone para contato: (____) _____

Telefone para contato: (____) _____

Composição Familiar (considerar as pessoas que residem na mesma casa do responsável que assinará esta declaração, incluindo o mesmo).

Nº	Nome completo	Data de Nasc.	Parentesco	Benefício Social	Atendimentos Rede de Proteção
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Renda per capita: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de cumprimento da Resolução CMDCA nº 07/2020 que as informações, por mim dadas acima, são verdadeiras.

Assinatura do responsável pelo Núcleo familiar

Rua Santa Cruz – 116 - Centro - Sorocaba – SP - CEP 18035-630

Telefone - 15 32315300 - CNPJ 17.999.107/0001-98

Lei Municipal Nº 8.627 de 04 de dezembro de 2008