**DECLARAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador da matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ abaixo assinado, declaro, na forma da lei, que a carteira de identidade funcional que estava em minha posse foi acometida de furto/extravio, por esse motivo autorizo o desconto em folha de pagamento no valor de R$ 15,75, destinado a custear a confecção da segunda via do documento em questão.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura