**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, funcionário/servidor público estadual, **DECLARO** que estou ciente de que a contribuição mensal ao IAMSPE é obrigatória de acordo com a Lei nº 11.456, de 09/10/2003 e que se não pagar o IAMSPE durante o período de afastamento, deverei realizar o pagamento retroativo do débito, relativo aos meses não trabalhados, com juros, multa e correção monetária, a qual deverá ser feita através de guia de pagamento bancário a ser retirada na sede do IAMSPE, situada na Av. Ibirapuera nº 981, São Paulo, SP.

Declaro, outrossim, estar ciente que deverei contatar o IAMSPE, a partir do início do afastamento, por meio do correio eletrônico [*afastamento.iamspe@iamspe.sp.gov.br*](mailto:afastamento.iamspe@iamspe.sp.gov.br), encaminhando Declaração do superior imediato com os dados funcionais, de lotação e do início de afastamento, solicitando o recebimento de Guias de Recolhimento da contribuição do IAMSPE.

Local, data.

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

Nome

RG