**Anexo:**

**DECLARAÇÃO DE CONTAS BANCÁRIAS ATIVAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devidamente habilitado(a) para exercer as funções de gestão, na qualidade de Gestor(a) da Política de Assistência Social do Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ (do município) sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio deste instrumento, venho declarar que as contas bancárias indicadas para os repasses de recursos destinados **à Proteção Social Básica, Proteção Social Especial, Benefícios Eventuais e Incentivo à Gestão** encontram-se ativas e aptas a receberem os recursos de Cofinanciamento Estadual destinados à política de Assistência Social.

Asseguro a veracidade das informações prestadas e o cumprimento das normativas legais e regulamentares pertinentes à gestão de recursos da Assistência Social.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Gestor (a) Municipal de Assistência Social

Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_