



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE- ETS
COORDENAÇÃO DE APOIO AO DISCENTE-CAD

DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO

Eu, _____,
RG: _____, órgão _____ emissor: _____,
CPF: _____-_____, domiciliado _____ na
_____,
nº _____, bairro _____,
cidade _____, estado _____,
declaro que **não possuo Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS.**

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante
(NÃO PRECISA RECONHECER FIRMA EM CARTÓRIO)