Em razão da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) que regula as atividades de tratamento de dados pessoais, estou ciente e concordo que a inclusão/alteração da minha opção irá refletir no meu cadastro oficial da empresa, assim como poderá ser comparado aos meus dados cadastrados junto aos Órgãos Governamentais.

() Sim, declaro ser verdade

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE SOLTEIRO (A)

À

STELLANTIS SAÚDE

Declaro, para os devidos fins, que meu (minha) dependente, o (a) Sr. (Srta.)

_____ se encontra em estado civil de SOLTEIRO, motivo pelo qual requeiro-lhes que seja o mesmo incluído no PLANO STELLANTIS SAÚDE como beneficiário dependente.

Comprometo-me, desde já, a, imediatamente, comunicar-lhes qualquer alteração na situação supra declarada, visando excluí-lo do referido benefício, sob pena de suspensão, cancelamento e até mesmo minha exclusão e de meus dependentes do Programa de Benefícios, sem detrimento do pedido de ressarcimento de despesas indevidas e outras sanções por minha Empregadora.

Por ser verdade, firmo o presente, sob as penas da Lei, especialmente do quando disposto no artigo 299 (declaração falsa) do Código Penal.

COLABORADOR: _____

EMPRESA: _____ MATRÍCULA: _____

CRESP/EQUIPE: _____ TELEFONE: _____

Betim, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA: _____