**Ao**

**Instituto Nacional do Seguro Social – INSS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro a este Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, que só tenho interesse no recebimento do benefício de Aposentadoria por Tempo de Contribuição **INTEGRAL.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

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

NOME COMPLETO

Número do C.P.F.

Número do RG / UF