**DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO**

Eu, ........., brasileiro(a), ....... (estado civil), ...... (profissão), nascido(a) em ......, no município de .........., portador(a) da Cédula de Identidade RG nº. . SSP/... e do CPF/MF nº. ................., residente e domiciliado(a) ..................; cooperado(a) da Cooperativa ........................., matrícula n.º........, eleito(a) em Assembleia Geral Ordinária realizada em 25 de abril de 2024, para o cargo de ..................., declaro para os devidos fins e sob as penas legais que não sou pessoa impedida por Lei ou condenada a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato ou contra a economia popular, a fé pública ou à propriedade, e que possam me impedir de exercer as atividades para as quais me proponho, fui eleito e empossado. Declaro ainda que não sou parente, até segundo grau, em linha direta ou colateral, de quaisquer outros membros do Conselho de Administração ou outros Conselhos do Sindicato e Organização das Cooperativas Brasileiras no Estado de Mato Grosso – OCB/MT.

..........., ..... de .............. de .....

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

**..... (nome)**

...... (cargo)