**DECLARAÇÃO DE NÃO CONTRATAÇÃO DE INADIMPLENTE**

Eu, Nome Completo, nacionalidade, estado civil, profissão, Carteira de Identidade identidade, CPF 000.000.000-00, residente na endereço completo, na condição de Nome do Cargo do(a) Instituição do Declarante, com sede na endereço completo da instituição, inscrita no CNPJ sob o número 00.000.000/0000-00 (caso exista), **DECLARO**, sob as penas do art. 299 do Código Penal, para fins de formalização de Convênio com o (a) NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE ESTADUAL, que esta entidade não contratará ou autorizará serviço ou fornecimento de bem de fornecedor ou prestador de serviço inadimplente com o Estado de Minas Gerais, quando da utilização de recursos estaduais para a execução do convênio, observadas suas condições e seu Plano de Trabalho a ser celebrado, e as demais determinações previstas na legislação.

Local, Dia de Mês de Ano

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

## NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS

## Cargo do(a) Nome da Entidade Privada Sem Fins Lucrativos

Modelo DCNO/SCCP – SEGOV - Versão 1.0