**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE**

**FINANCEIRA DO MUNICÍPIO**

Pelo presente instrumento, o Selecione um item de Indique o Local, neste ato representado por seu Representante Legal, o(a) Sr(a). Prefeito(a) Indique o nome , com o Projeto Indique o nome do Plano - Projeto,inscrito no **PROGRAMA RENOVA MUNICÍPIOS NÃO REEMBOLSÁVEL**, juntamente com o(a) Responsável Técnico, **declara** que o município possui capacidade financeira para arcar com os custos operacionais do empreendimento.

Indique o Local, Indique o Dia de Indique o Mês de Indique o Ano

|  |
| --- |
|  |
|
|
|
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Indique o Nome do(a) RT** |
| Responsável Técnico |

|  |
| --- |
|  |
|
|
|
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Indique o Nome do(a) Prefeito(a)** |
| Prefeito(a) Municipal |