

Anexo VI

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

EU, _____,
(nome completo do candidato) (nacionalidade) (estado civil) (profissão)

PORTADOR DO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº: _____, INSCRITO NO CPF SOB
Nº: _____, RESIDENTE E
DOMICILIADO À RUA: _____, NÚMERO: _____.
BAIRRO: _____ CIDADE _____ ESTADO: _____,

DECLARO, PARA OS FINS DE DIREITO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOCUMENTOS APRESENTADOS PARA O PROCESSO SELETIVO Nº 001/2023 – POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - FORMOSA/GO, SÃO VERDADEIROS E AUTÊNTICOS (fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época).

FICO CIENTE ATRAVÉS DESSE DOCUMENTO QUE A FALSIDADE DESSA DECLARAÇÃO ENCEJARÁ A MINHA DESCLASSIFICAÇÃO SUMÁRIA DO PROCESSO SELETIVO E PASSÍVEL DE APURAÇÃO NA FORMA DA LEI.

_____, de _____ de _____
Local dia mês ano

(assinatura)