



## 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 005/2021 – **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DE SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA/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)