

EDITAL Nº 002/2017 - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES

DECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA

Eu, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, emitida pelo (a) (órgão
expedidor) _____, e CPF nº _____, residente e
domiciliado(a) _____ na

_____ na Cidade de _____ Estado de _____, declaro,
para fins do Processo Seletivo da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES que a
renda mensal de minha família não ultrapassa o valor de 2 (dois) salários mínimos,
atendendo assim a condição especificada no item 7.1.1 do Edital.

Certifico ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras e estou
ciente de que qualquer declaração falsa implica nas penalidades previstas no item 7.4 do
Edital.

_____, _____ de _____ de 2017.

(Assinatura do Requerente)

* IMPORTANTE: Ainda, deverá ser entregue na Escola de Governo Henrique Santillo o
Formulário de Requerimento de Isenção da Taxa de Inscrição, conforme estabelece o
item 7.1 do Edital.