

EDITAL Nº 002/2016 - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

SECRETARIA 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 da Saúde-SES, que a renda mensal de  
minha família não ultrapassa o valor de 3 (três) salários mínimos, atendendo assim a  
condição especificada no item 6.2 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 6.5 do  
Edital.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
( Assinatura do Requerente)