



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS  
ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS  
GRUPO TÉCNICO DO PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E  
MULTIPROFISSIONAL DA SES-GO**

**EDITAL N. 18/2019-ESG/SES-GO**

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM  
ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE, MODALIDADES MULTIPROFISSIONAL E  
UNIPROFISSIONAL, DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS  
COREMU/SES-GO – 2020**

**DECLARAÇÃO DE DESEMPREGADO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº. \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_, declaro, para fins de comprovação junto ao Centro de Seleção da UFG, que não exerço atividade remunerada desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(data). Declaro, também, estar atualmente me mantendo por meio de \_\_\_\_\_

Apresento, como suporte a veracidade das informações acima, duas testemunhas maiores de 18 anos, com os números de identidade, CPF e endereços completos, sob pena de .

**TESTEMUNHAS:**

1. Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_. Endereço completo, inclusive número do telefone próprio ou de recado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

2. Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_. Endereço completo, inclusive número do telefone próprio ou de recado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019  
Cidade Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)