

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
CPF: _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de nomeação no cargo/emprego em comissão ou na função de confiança de _____, símbolo _____, junto ao órgão/entidade _____, que não possuo vínculo conjugal ou de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, com a autoridade nomeante ou com servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, nos termos da Súmula Vinculante nº 13, do Supremo Tribunal Federal (STF).

Atesto estar ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ela responderei, independente das sanções administrativas, caso seja comprovada a inveracidade do declarado neste documento.

Em _____, aos _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE INELEGIBILIDADE E DE IMPEDIMENTOS

Eu, _____,
CPF: _____, declaro, sob as penas da lei, para fins de nomeação no cargo de provimento em comissão de _____, símbolo _____, junto ao órgão/entidade _____, que não estou inelegível e nem impedido para posse e exercício perante a Administração Pública Estadual, estando apto a apresentar, a qualquer tempo, todas as certidões por ele requeridas.

Declaro, ainda, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de incursão no disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Em _____, aos _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE BENS

NOME COMPLETO:

CARGO:

ÓRGÃO:

SITUAÇÃO FUNCIONAL:

MATRÍCULA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

FONE:

ESTADO CIVIL:

RG Nº:

TÍTULO DE ELEITOR Nº:

ZONA:

SEÇÃO:

CERTIFICADO DE RESERVISTA:

CPF:

DISCRIMINE OS BENS E VALORES, INCLUSIVE DOS DEPENDENTES:

Em _____, aos _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS E EMPREGOS PÚBLICOS

Eu, _____,
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____,
portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob o nº
_____, residente e domiciliado(a) à

_____ declaro, sob as penas da lei, junto a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que:

NÃO POSSUO nenhum outro vínculo no Serviço Público, quer seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal, quer seja na Administração Direta ou Indireta, cuja acumulação seja vedada com o cargo o qual estou ocupando, conforme estabelece o *caput* do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

POSSUO outro vínculo no Serviço Público na seguinte instituição, conforme especificado abaixo:

Esfera: Federal Estadual Municipal;

Tipo de vínculo: Efetivo Comissionado;

Situação Funcional: Ativo Inativo Outro _____;

Instituição/Cargo: _____;

Em _____, aos _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante