

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DO CONCURSO PÚBLICO

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, aprovado(a) e classificado (a) em ____ lugar para o cargo de _____, ÁREA _____ no concurso público realizado pela Fundação Regional de Saúde - FUNSAÚDE, conforme resultado Final, publicado no Diário Oficial do Estado do Ceará de 02 de março de 2022, e homologação publicada no Diário Oficial do Estado do Ceará de 14 de março de 2022, tendo sido convocado/nomeado por ato publicado no DOE de _____, de origem da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que por força da Lei nº 18.338, de 04 de abril de 2023, incorporou às competências e atribuições da referida Fundação, a qual restou extinta em face do mesmo Diploma Legal, regulamentado pelo Decreto 35.408, de 02 de maio de 2023, DECLARO não ter interesse em tomar posse para o cargo citado.

Fortaleza/CE, _____ de _____ de 20__