



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

DECLARAÇÃO SESA

Eu, _____
portador(a) do RG nº _____, CPF de
nº _____ convocado(a)/nomeado(a) por Edital/Ato datado
de _____, DOE de _____, para assumir o cargo de

na SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, **DECLARO**, sob as penas da Lei, não participar de Diretoria, Gerência, Administração, Conselho Técnico ou Administrativo de Empresas ou Sociedades Mercatins; Ser comerciante, conforme preceitua o Art. 193, incisos VII e XV, da lei 9.826 de 14/05/1974 (Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Ceará), desde a época da minha convocação para investidura no serviço público estadual.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante