



ANEXO V
ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS
(Art.17, Nº 1496/95)

O (a) abaixo (a) assinado (a) _____
_____, de conformidade com a legislação vigente para fins de admissão no serviço público municipal **DECLARA**, responsabilizando – se penal e administrativamente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão na esfera Federal, Estadual ou Municipal e poderes, na Administração Direta, Sociedade de Economia Mista, Empresa, Fundações, e Autarquias, que:

a – () não ocupa qualquer outro cargo, função ou emprego público;

b – () ocupa o(s) seguintes cargo(s) emprego(s) público(s) _____
órgão _____;

c – () está ou () não está aposentado(a) em qualquer cargo/ emprego público;

d – () está ou () não está em gozo de licença ou disponibilidade em cargo/ emprego Público.

Local : _____ data ____/____/____

Endereço Residencial _____

_____ Fone: _____

Cpf _____ Natural: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Carteira de Identidade Nº _____

DECLARANTE