



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO - SEMAD

DECLARAÇÃO DE NÃO ESTAR INCOMPATIBILIZADO PARA O SERVIÇO PÚBLICO EM RAZÃO DE PENALIDADE SOFRIDA

Eu, _____, portador
da Carteira de identidade nº _____, CPF nº _____,
_____ residente à _____,

Bairro _____, Município _____ Estado _____,

DECLARO, para todos os efeitos legais, e em consonância com a Lei Complementar nº 137/2023, art.203, não ter sofrido, no exercício de cargo público ou de qualquer função pública, penalidade disciplinar de demissão.

DECLARO, ainda, ter ciência de que a falta de veracidade das informações oras prestadas poderá acarretar a eliminação do candidato, sem prejuízo da responsabilidade penal pela prática do delito de falsidade ideológica, previsto no Código Penal Brasileiro.

EMPOSSADO

DECLARAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Declara o empossado:

- ☐ Que não percebe auxílio alimentação de outro Órgão
☐ Que percebe auxílio alimentação de outro Órgão

Se sim, qual Órgão? _____

EMPOSSADO