



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Atenção Primária**

**ANEXO II
DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES POR PROCESSO SINDICANTE
ADMINISTRATIVO**

Eu,....., inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas – CPF sob o número, residente e domiciliado(a) à rua
....., nº....., Bairro Município, **DECLARO**, sob as penas da lei, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, em razão de Processo Seletivo para o cargo de médico, que:

1. Estou em pleno gozo dos direitos políticos.
2. Não respondo por atos julgados irregulares por decisão definitiva do Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas de Estado e de Município.
3. Não fui punido em processo disciplinar por ato lesivo ao patrimônio público de qualquer esfera de governo, com decisão definitiva.
4. Não fui condenado em processo criminal por prática de crimes contra a administração Pública, capitulados no Título XI da Parte Especial do Código Penal Brasileiro, na Lei nº 7.492, de 16 de junho de 1986, e na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. fins de celebração de contrato temporário que não acumulo cargos, empregos ou funções públicas.

_____, ____ de _____ de 2023.

Declarante