



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

**ANEXO I
DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

Eu....., inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas – CPF sob o número , residente e domiciliado(a) à rua n°. ,Bairro Município , **DECLARO**, sob as penas da lei, para fins de comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, que possuo anos, meses de tempo de serviço no exercício profissional, no cargo pretendido por mim neste Processo Seletivo, seja ele na administração direta, indireta, autárquica ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e privada, anterior à minha convocação, conforme certidões emitidas pelos órgãos oficiais, anexas esta declaração.

_____, _____ de _____ de 2023.

Declarante

(OBS: ANEXAR OBRIGATORIAMENTE CÓPIA DO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO).