



PREFEITURA MUNICIPAL DE ILICÍNEA

Estado de Minas Gerais

CNPJ 18.239.608/0001-39

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILICÍNEA*

CNPJ- 13.892.440/0001-42

RETIFICAÇÃO 01

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 04/2019

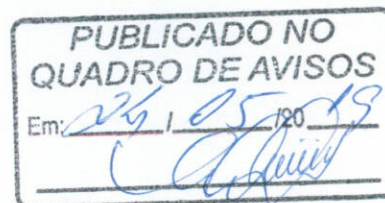
EDITAL 04/2019

**A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILICÍNEA VEM ATRAVÉS DESTA
RETIFICAR O EDITAL 04/2019 DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 04/2019.**

Houve erro no modelo de Declaração de Comprovação de Residência para o cargo de Agente Comunitário de Saúde – Anexo V, o modelo correto segue abaixo.

Ilícinea, 24 de maio de 2019.

BRENDA VANELI CARDOSO
Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RESIDENCIA

DECLARAÇÃO

Eu _____, considerando que o comprovante de residência apresentado, conforme exigências do edital processo seletivo simplificado edital nº 04/2019 não foi emitido em meu nome. Declaro sob as penas da lei, em especial no que concerne a caracterização do crime de falsidade ideológica, que resido na área de abrangência PSF RURAL micro área _____ descrita no edital 04/2019 atendendo assim as exigências legais para o desempenho da função de Agente Comunitário de Saúde.

Ilicínea, _____ de Maio de 2019

(NOME DO CANDIDATO)

Assinatura

(OBS: com firma reconhecida em cartório)

