CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

3ª MOSTRA GOIANA DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS E INOVADORAS NO SUS

**ANEXO 1 –** DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Como Secretário Municipal de Saúde da cidade de NOME DO MUNICÍPIO, declaro para todos os fins que o(a) Sr(a). NOME DO TRABALHADOR(A), NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, inscrito(a) no CPF sob o nº Nº DO CPF, no RG Nº DO RG, trabalha em unidades vinculadas a esta secretaria de saúde, exercendo o cargo de CARGO OCUPADO.

Por fim, declaro ter plena ciência que é crime, nos termos do Código Penal, “omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.” (Art. 299 CP).

Por ser esta a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

LOCAL, DATA E ANO.

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMPLETO E ASSINATURA  DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  CPF | NOME COMPLETO E ASSINATURA  CARGO  MUNICÍPIO  CPF |