



Estado do Piauí

**Prefeitura Municipal de Teresina**

Fundação Municipal de Saúde - FMS

### **DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARO**, sob as penas da lei, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, serem verdadeiras as informações prestadas e todos os documentos apresentados à Fundação Municipal de Saúde conferem com seus respectivos originais, para a devida posse no cargo de \_\_\_\_\_.

**DECLARO**, ainda, estar ciente de que poderei ser instado a apresentar qualquer comprovação que se fizer necessária, junto à Administração Pública, sob pena de nulidade do ato de investidura no cargo caso não se confirme a veracidade da declaração ou preenchimento dos requisitos previstos para a investidura.

Local e data

Assinatura do nomeado