|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS** |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **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