DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES LEGAIS

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que:

A. NÃO POSSUI DEPENDENTES LEGAIS ( )

B. RELAÇÃO DE DEPENDENTES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

OBS: Especificar a data de nascimento do dependente e o motivo da dependência.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, _____ de _____ de 2020.

_____

Assinatura do Candidato

VERIFIQUE A AUTENCIDADE DESTE DOCUMENTO EM:
http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx INFORMANDO O CÓDIGO: 717367D