



“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
 Rua: General Penha Brasil, nº 1.011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

ANEXO III
DECLARAÇÃO 1.1
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