



## Anexo VI

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

EU, (nome completo do candidato) \_\_\_\_\_, (nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado civil),  
\_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_, PORTADOR DO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº: \_\_\_\_\_, INSCRITO NO  
CPF SOB Nº: \_\_\_\_\_, RESIDENTE E  
DOMICILIADO À RUA: \_\_\_\_\_,  
NÚMERO: \_\_\_\_\_, BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_,

**DECLARO**, PARA OS FINS DE DIREITO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOCUMENTOS APRESENTADOS PARA O PROCESSO SELETIVO Nº 004/2021 – Policlínica Regional de Quirinópolis, SÃO VERDADEIROS E AUTÊNTICOS (fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época).

FICO CIENTE ATRAVÉS DESSE DOCUMENTO QUE A FALSIDADE DESSA DECLARAÇÃO ENCEJARÁ A MINHA DESCLASSIFICAÇÃO SUMÁRIA DO PROCESSO SELETIVO E PASSÍVEL DE APURAÇÃO NA FORMA DA LEI.

\_\_\_\_\_ (local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ (dia) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mês) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (assinatura) \_\_\_\_\_