



**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

ANEXO – II

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA

Eu, _____,
inscrito no CPF _____, e no RG
_____, residente no endereço
_____, declaro para fins de
inscrição na Seleção Pública para Residência Médica para 2024 - Acesso Direto - Edital de
Abertura de Inscrições nº 02/2023, no Programa
_____ que não possuo renda oriunda de qualquer
atividade laboral, seja ela, trabalho informal ou formal. Assumo inteira responsabilidade
pelas informações prestadas e declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299º do Código Penal para o
signatário, bem como a minha desclassificação e/ou perda do benefício. Por ser verdade
firmo o presente instrumento.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) candidato(a)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Romeu Strazzi, 199 – Vila Sinibaldi - CEP 15084-010 - São José do Rio Preto - SP
Telefone (17) 3216 9766 - smsaude@riopreto.sp.gov.br - www.riopreto.sp.gov.br