**ANEXO X**

**Declaração de não acumulação ou acumulação de cargos, funções ou empregos públicos**

Eu **Clique ou toque aqui para inserir o texto.**, portador do RG sob nº **Clique ou toque aqui para inserir o texto.**, inscrito no CPF sob nº **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** , candidato(a) ao credenciamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí - GO, conforme previsto no **Edital de Credenciamento nº 001/2025 – FMS**. **DECLARO**, para fins que fizerem necessários que:

[ ]  **NÃO OCUPO** nenhum cargo, emprego ou função em qualquer autarquia, fundação, empresas públicas, sociedades de economia mista da união, do Distrito Federal, dos Estados ou dos Municípios, em conformidade com o Art.37, inciso XVII da Constituição Federal;

[ ]  **OCUPO** o cargo de **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** com carga horária de **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** horas semanais no Órgão ou Departamento **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** conforme comprovantes em anexo.

**DECLARO**, também, estar ciente de que devo comunicar a Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí de qualquer alteração que venha ocorrer em minha vida funcional que não atenda as determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos;

**DECLARO**, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

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

Itaberaí – GO, sexta-feira, 6 de junho de 2025.

Assinatura digital