



ANEXO I V

DECLARAÇÃO DE MEMBRO DE FAMÍLIA DE BAIXA RENDA

Nome do Candidato:	
RG nº.:	CPF nº.:
Cargo:	
<p>Declaro para fins de COMPROVAÇÃO, nos termos do item 2.14 “b” do Edital de Concurso Público nº 001/2011, do FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE do Município de São José do Calçado - ES, que SOU MEMBRO DE FAMÍLIA DE BAIXA RENDA, nos termos do Decreto nº 6.135/2007.</p> <p>Declaro ainda estar ciente da natureza criminal que implica a falsidade de declaração nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.</p> <p><i>Falsidade ideológica</i></p> <p><i>“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:...”</i></p> <p>São José do Calçado – ES, ____ de _____ de 2011.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Candidato</p>	