



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE DE INVESTIDURA NO CARGO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A):

Nome:		
<input type="text"/>		
Identidade:	Data de expedição:	Órgão expedidor:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPF:		
<input type="text"/>		

2 - DECLARAÇÃO:

Declaro que o(a) candidato(a) supracitado **não poderá** ser empossado no cargo de _____
_____ com base no Edital n° ____/____, requisitos exigidos,
constantes no Anexo I do referido edital.

_____, _____

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Assinatura do candidato

Observação: _____

Testemunhas: 1. _____

2. _____