

ANEXO II – DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL
CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº. 01/2017

Eu, _____,

RG nº _____, CPF. Nº _____, declaro para fins de isenção do pagamento do valor da inscrição no Concurso Público da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL, para o cargo de **ANALISTA DE SAÚDE MÉDICO NA ESPECIALIDADE** _____, que a composição

de minha renda familiar corresponde ao discriminado no quadro a seguir:

RENDA FAMILIAR (membros da família residente sob o mesmo teto, inclusive o próprio candidato)

Nome Completo	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Nº CPF	Remuneração Mensal (R\$)

Estou ciente que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

Em ____/____/2017.

Assinatura do candidato (a)