



Estado do Piauí

Prefeitura Municipal de Teresina

Fundação Municipal de Saúde - FMS

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____, CPF nº _____, **DECLARO**,
sob as penas da lei, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, serem verdadeiras as
informações prestadas e todos os documentos apresentados à Fundação Municipal de Saúde
conferem com seus respectivos originais, para a devida posse no cargo de
_____.

DECLARO, ainda, estar ciente de que poderei ser instado a apresentar qualquer comprovação
que se fizer necessária, junto à Administração Pública, sob pena de nulidade do ato de investidura no
cargo caso não se confirme a veracidade da declaração ou preenchimento dos requisitos previstos
para a investidura.

Local e data

Assinatura do nomeado