



**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_, e CPF nº \_\_\_\_\_, para o  
emprego de \_\_\_\_\_  
da Fundação Saúde, **DECLARO, para efeitos de admissão, não estar cumprindo sanção por  
inidoneidade aplicada por qualquer órgão público e/ou entidade da esfera federal,  
estadual/distrital ou municipal.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura