



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