

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS - CGP
DIVISÃO TÉCNICA DE CONCURSO E INGRESSO – CRH.1
CONCURSO PÚBLICO

DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

Eu, _____,

RG _____, CPF _____,

DECLARO, para fins de isenção do pagamento do valor da taxa de inscrição no Concurso Público da PMSP – Secretaria Municipal da Saúde, para o cargo de _____, que a composição de

minha renda familiar corresponde ao discriminado no seguinte quadro:

RENDA FAMILIAR (composta por todos os membros da família residente sob o mesmo teto, **incluindo a do requerente**)

NOME COMPLETO	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	REMUNERAÇÃO MENSAL EM R\$	CPF

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

LOCAL/DATA

Assinatura do Candidato