GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP/CE
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE – DIPSA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (COREMU)

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, NA MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL

EDITAL N.º 29/2017

ANEXO XIII – MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, <nome completo do proprietário sem abreviação>, portador (a) do RG nº <nº da carteira de identidade>, expedido em <data de expedição>, pelo <órgão expedidor>, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº <nº do cpf>, residente e domiciliado(a) na <rua/avenida/etc, nº>, <conjunto, apto, bloco, etc>, BAIRRO <bairro>, CEP <cep>, na cidade de <cidade>, Estado <Estado>, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, junto à Escola de Saúde Pública do Ceará, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que o Senhor(a), <seu nome completo> é residente e domiciliado no endereço retromencionado, sob o mesmo teto deste declarante, na condição de <GENRO, CUNHADO, IRMÃO, FILHO E ETC>, conforme cópia autenticada do comprovante de (água, luz ou telefone) em anexo, em meu nome. Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar em sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

> "Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.
>
> Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Cidade, UF____ de _____ de _____.

_____
NOME DO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA
RG n.º
CPF n.º

TESTEMUNHAS

_____
(Nome 1)
RG nº:
CPF nº:

_____
(Nome 2)
RG nº:
CPF Nº