

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES (ESP/CE)

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA VIAGENS**

Eu, <\_\_\_\_\_>, portador (a) do RG nº <\_\_\_\_\_>, expedido em <\_\_\_\_\_>, pelo órgão <\_\_\_\_\_>, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº <\_\_\_\_\_>, ATESTO para os devidos fins convocatórios, junto à Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), ampla disponibilidade para viagens e/ou moradia em uma das 05 (cinco) regiões onde estão localizadas as Superintendências Regionais de Saúde do Ceará (Fortaleza, Sobral, Cariri, Litoral Leste/Vale Jaguaribe e Sertão Central), como pré-requisito, **obrigatório**, ao Perfil II – Mestre (Área de Atuação I: Bolsa de Desenvolvimento Educacional – 40 horas). Estando ciente 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE