

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO OCUPA FUNÇÃO NO PODER PÚBLICO QUE SEJAM INCOMPATÍVEIS COM AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS**

 Eu, (nome do candidato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que tenho ciência de que exercer funções de assessoria e consultoria a prefeituras, secretarias de saúde municipal e estadual ou a qualquer signatário destas pastas, é incompatível com o desenvolvimento das atividades de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Informo ainda estar ciente de que na ocorrência de transgressão, serei desligado (a) do projeto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura