ANEXO X - DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIROS AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ATENÇÃO: O(a) candidato(a) a este cargo deverá residir, desde a data da publicação do Edital, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, para a qual pretende concorrer.

Esta declaração deverá ser enviada durante o período de inscrição, conforme subitem 3.9.1. do Edital, e entregue na **Prefeitura do Município de Coronel Fabriciano/MG** no ato de sua contratação e deverá ser preenchida de próprio punho (com sua própria letra) e ser acompanhada de cópia de um comprovante de residência (contas de luz, água, telefone ou outra conta que conste o nome do candidato ou contrato de aluguel autenticado em cartório que conste o nome do candidato).

EU_____

(Nome completo do candidato), inscrito(a) com o nº_____ no **Processo Seletivo Público do Município de Coronel Fabriciano/MG – Edital nº 01/2025** para o cargo de **Agente Comunitário de Saúde (ACS)**, declaro para fins de comprovação de endereço domiciliar junto à **Secretaria de Governança da Saúde do Município de Coronel Fabriciano/MG**, que resido juntamente com _____ (nome completo do titular da conta), meu/minha _____(tipo de parentesco do candidato com o titular da conta), desde_____/_____/_____, na (informar endereço residencial completo)_____

_____

_____.

Declaro ainda estar ciente do art. 6º, §2º da Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, no qual prevê que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do Edital do Processo Seletivo Público e, caso assim não proceda, poderá haver o desligamento na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do caput do art. 6º da referida Lei, quando deixar de residir na área de atuação ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Por ser verdade, firmo a presente.

Coronel Fabriciano, _____, de_____ de _____.

_____

Assinatura do(a) Candidato(a)

_____

Assinatura do(a) Titular da Conta