ANEXO XI – DECLARAÇÃO PARA AVALIAÇÃO SOCIAL

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, candidato(a) ao cargo de Agente Comunitário de Saúde, DECLARO, para fins de Avaliação Social, que não possuo impedimentos legais ou fatos que comprometam minha idoneidade moral para o exercício do cargo público.

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras, estando ciente de que a omissão ou prestação de informações falsas na declaração poderá resultar em minha eliminação do certame, conforme previsto no item 14.2.7 do Edital nº 01/2026.

Cidade/_____ de _____ de _____.