

# DECLARAÇÃO

**NÃO É APOSENTADO POR INVALIDEZ**

 **DECLARO,**  sob as penas daLei , para fins de posse no cargo de:

 ⃝ Analista de Cultura ⃝ Analista de Patrimônio Cultural

 ⃝ Antropólogo ⃝ Arquivologista

 ⃝ Historiador ⃝ Bibliotecário

 ⃝ Museólogo ⃝ Sociólogo

 **DECLARO**, ainda, que é do meu conhecimento que qualquer omissão ou informação incorreta constitui FALSIDADE IDEOLÓGICA, prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileira.

|  |
| --- |
| **NOME:** |
| **RG:** | **ÓrgãoExpedidor:** | **Data de Emissão:****/ /** | **Estado Civil:** |
| **CPF:** | **PIS/PASEP Nº:** |
| **Endereço:** |
| **Nº** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Município/Estado:** |
| **E-mail:** | **Telefone:** |

## Fortaleza–Ceará, de de20 .

**Assinatura do Declarante**

Secretaria da Cultura - SECULT-CE • Rua Major Facundo, 500 - Centro • Fortaleza/CE • CEP: 60025-100 • Fone: 3101-6767