



Município de Manhumirim/MG

EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 001 DE 2016

**FORMULÁRIO PARA COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO PSF**

Eu, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade nº. _____, registrado(a) no Cadastro de
Pessoas Físicas (CPF) sob o nº. _____ e participante neste concurso sob o
nº de inscrição _____, para o cargo de **Agente Comunitário de Saúde do PSF**,
declaro por meio deste que resido na área de atuação da Unidade optada por mim no
requerimento on-line de inscrição, conforme atestado pelo(s) documento(s) anexo(s) ao
presente formulário.

Declaro ainda, estar ciente de que a simples entrega deste formulário acompanhado dos
documentos comprobatórios de residência não importam em deferimento da inscrição, vez
que os mesmos serão submetidos à análise da Prefeitura Municipal de Manhumirim/MG.

Por ser verdade, assino o presente.

_____ de _____ de 2017.

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)