# Brasão prefeituraESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE COCAL DO SUL

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

**INSCRIÇÃO PROCESSO SELETIVO ACS EDITAL Nº 001/FMS/2023**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, ................................................................................................................................................., CPF ........................................., declaro para os devidos fins que resido há mais de 24 meses no município de Cocal do Sul, sendo que me responsabilizo pela veracidade da informação diante das normas da lei.

Cocal do Sul, ......................./............................../2023.

----------------------------------------------------------------------------------

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)