



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Administração
Penitenciária

Coordenadoria de Gestão de Pessoas - COGEP

DECLARAÇÃO

NÃO APOSENTADO POR INVALIDEZ

DECLARO, sob as penas da Lei, para fins de posse no cargo de:

() Agente Penitenciário da Secretaria da Administração Penitenciária de não ter sofrido, no exercício de função pública, penalidade incompatível com investidura no cargo de opção no Concurso.

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

NOME:

| | | | |
|-----|-------------------|-----|------------------|
| RG: | Órgão Expedidor : | UF: | Data da Emissão: |
|-----|-------------------|-----|------------------|

| | |
|------|---------------|
| CPF: | PIS/PASEP Nº: |
|------|---------------|

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Outros

Endereço Residencial:

| | | |
|-----|--------------|------|
| Nº: | Complemento: | CEP: |
|-----|--------------|------|

| | | |
|---------|-------------|-----|
| Bairro: | Município : | UF: |
|---------|-------------|-----|

| | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Telefone Residencial: () | Celular 1: () | Celular 2: () |
|------------------------------|-------------------|-------------------|

E-mail:

Fortaleza-CE, aos _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Declarante