

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADE INCOMPATÍVEL COM NOVA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO

Eu, _____, portador(a)
da Carteira de Identidade nº _____ e CPF nº
_____, DECLARO para fins de posse no cargo de
_____, no CONSELHO REGIONAL DE
ODONTOLOGIA DO CEARÁ, que NÃO SOFRI, em tempo algum, no exercício
profissional ou de qualquer função pública, penalidade incompatível com nova investidura
em cargo público.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade da informação prestada acarretará a
exclusão do certame e a responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as
consequências previstas na legislação vigente, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

_____, _____, de _____ de _____

Assinatura do(a) declarante