



PREFEITURA DE NOVA RESENDE

Rua Cel. Jaime Gomes, 58 - Centro - CEP: 37.860-000 - Nova Resende - MG
CNPJ: 18.187.823/0001-33 - Telefone: (0xx) 35 3562-3750

DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM AREA – AGENTE DE SAÚDE

Eu, _____, brasileiro (a), (**ESTADO CIVIL**), portador (a) do CPF _____ e RG _____, classificado (a) em (**Nº DA COLOCAÇÃO**), para atuar no cargo de Agente Comunitário de Saúde, na área (**NOME DA ÁREA**), declaro para os devidos fins, especialmente para o serviço de pessoal da Prefeitura Municipal de Nova Resende que sou residente no endereço (**DADOS DO ENDEREÇO**).

Eu, (**NOME DA RESPONSÁVEL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**), declaro para os devidos fins que o candidato acima qualificado reside e é assistido por esta unidade, declaro ainda que em 20/07/2022 até a presente data o candidato encontra-se cadastrado nesta unidade.

Nova Resende, _____ de _____ de 2022.

Declarante (CANDIDATO)

Declarante (RESPONSÁVEL UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)