

ANEXO X

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E/OU COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, DECLARO, para fins de comprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde, que **POSSUO DISPONIBILIDADE E/OU COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA** para trabalhar nesta Secretaria, responsabilizando-me penalmente, civilmente e criminalmente na forma da lei.

Goiânia, ____/____/____.

Assinatura