**Anexo V – Educa Saúde FME 2024**

**Declaração de não parentesco**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, para todos os efeitos legais, que NÃO possuo parentesco consanguíneo ou afim, até o terceiro grau, com qualquer empregado ou ocupante do cargo de Conselheiro ou da Diretoria Executiva no âmbito da Fundação Maria Emília Pedreira Freire de Carvalho.

Por ser expressão fiel da verdade, firmo a presente Declaração assumindo as consequências civis, penais e administrativas sobre eventual falsidade do que for relatado.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura