**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES**

|  |
| --- |
| **NOME:** |
| **CARGO:** |
| **NACIONALIDADE:** | **NATURALIDADE:** |
| **RG:** | **SSP:** | **CPF:** |
| **RESIDENTE E DOMICILIADO (A):** |

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que:

1. ( ) Não possui dependentes legais.
2. ( ) Relação de dependentes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nome** | **Data de Nascimento** | **Motivo da dependência** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

Boa Vista, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Assinatura do Candidato