

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:

a) () Não possui dependentes legais.

b) () 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