



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS
GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS
NÚCLEO DE ADMISSÃO E MOVIMENTAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu, _____ CPF _____,
RG _____, órgão emissor _____, declaro que não me encontro na condição de servidor(a) **cedido ou requisitado** à esta Secretaria de Estado de Saúde.

Declaro ainda que estou ciente que a falsidade das informações acima me sujeitará às penas da legislação vigente.

Brasília-DF, ___ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

DECLARAÇÃO

Eu, _____ CPF _____,
Matrícula SES/DF _____, declaro que me encontro na condição de servidor(a) **requisitado(a)** à esta Secretaria de Estado de Saúde e tenho como órgão de origem _____, matrícula _____.

Declaro ainda que estou ciente que a falsidade das informações acima me sujeitará às penas da legislação vigente.

Brasília-DF, ___ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

Neste caso, o servidor deverá apresentar:

- () Publicação de autorização da requisição;
- () Ofício de apresentação à SES/DF;