

Declaração de Hipossuficiência Econômica



Identificação do declarante:

Nome Completo:	
CPF:	RG:
Referente/Edital: Processo Seletivo Secretaria de Saúde de São Francisco do Sul – Edital 009/2025	

DECLARAÇÃO

O candidato acima especificado, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais sob o Número de Identificação Social – NIS nº _____, **DECLARA estar inscrito no CadÚnico** e ser **membro de família de baixa renda**, nos termos do Decreto Federal nº 11.016 de 29 de março de 2022.

Para fins de confirmação de que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 11.016/2022, relaciono no quadro abaixo, as minhas informações socioeconômicas atualizadas na data de hoje, assim como a de todos os integrantes de meu grupo familiar:

Nome de cada integrante do grupo familiar	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Renda Bruta Mensal

Declaro que as informações acima prestadas, assim como os documentos anexados são autênticos e verdadeiros, estando ciente que a qualquer tempo poderão ser realizadas diligências relativas à situação socioeconômica por mim declarada, e que a mesma está sendo firmada sob as penas da lei.

_____, ____ de _____ de 2025.
[Local] [Data]

Assinatura do Candidato