



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS EM SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**DECLARAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO EM GERÊNCIA OU
ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESA PRIVADA**

Eu, _____, CPF nº _____ ou
Matrícula nº _____, para fins de:

- Posse de cargo efetivo de _____
- Posse para exercício do cargo comissionado de _____
- Contratação na Tabela de Emprego _____
- Contratação Temporária _____
- Exoneração de cargo efetivo de _____
- Exoneração de cargo comissionado de _____
- Extinção do contrato temporário de trabalho de _____
- Rescisão do Contrato Individual de Trabalho _____
- Atualização anual referente ao cargo de _____

Declaro, sob as penas da Lei e conforme artigo 193, inciso X, da Lei Complementar 840/2011 que não participo de gerência ou administração de sociedade ou empresa privada personificada ou não personificada.

Declaro, sob as penas da Lei e conforme artigo 193, inciso IX, da Lei Complementar 840/2011 que não exerço o comércio.

Declaro, sob as penas da Lei e conforme artigo 193, inciso IX, da Lei Complementar 840/2011 que exerço o comércio na qualidade de _____
na(s) empresa(s) abaixo citada(s): _____.

Brasília-DF, _____ de _____ de 20__.

Assinatura