





**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA**  
**GABINETE DA REITORIA**

<b>SELECIONE UMA ÁREA</b>
<input type="checkbox"/> Clínica Médica/ Medicina de Família e Comunidade
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Obstetrícia
<input type="checkbox"/> Pediatria

E declara, sob as penas da lei, que:

- Os dados informados nesta ficha são verdadeiros;
- Possui habilitação legal para o exercício do cargo a que concorre;
- Está ciente de que não tomará posse se não provar a habilitação legal, independente da classificação obtida;
- Na hipótese de ser nomeado apresentará provas das condições exigidas para o cargo a que concorre;
- Tem pleno conhecimento das normas e métodos que regem o Edital deste Concurso;
- Está ciente de que a inexistência ou irregularidade dessas afirmativas, ainda que verificadas posteriormente, acarretará sua eliminação do Concurso Público, com a anulação de todos os atos praticados, sem prejuízo dos demais procedimentos de ordem administrativa, civil ou penal.

PARNAÍBA

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO