

## ANEXO II – DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL  
CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº. 02/2017

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, CPF. Nº \_\_\_\_\_, declaro para fins de isenção do pagamento do valor da inscrição no Concurso Público da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL, para o cargo de \_\_\_\_\_, que a

composição de minha renda familiar corresponde ao discriminado no quadro a seguir:

### RENDA FAMILIAR (membros da família residente sob o mesmo teto, inclusive o próprio candidato)

Nome Completo	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Nº CPF	Remuneração Mensal (R\$)

Estou ciente que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.

\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato (a)