



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESA



ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR
CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2026

Eu, _____
_____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro, por meio desta, os membros da família que
residem no mesmo domicílio, conforme segue:

Nº	NOME COMPLETO	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	REMUNERAÇÃO MENSAL BRUTA
1				
2				
3				
4				
5				

Declaro que as informações acima prestadas são verídicas, tenho ciência de que serão submetidas à análise.

_____, ____ de _____ de 2026

Assinatura