

ANEXO M - MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º DO DECRETO Nº 7.203/2010



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMP - 11ª REGIÃO MILITAR
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE BRASÍLIA

DECLARAÇÃO QUE DISPÕE SOBRE A VEDAÇÃO DO NEPOTISMO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL

DADO DO CREDENCIADO	
CRENCIADO (OCS/PSA) :	CNPJ/CPF:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:

Declaro que:

() Não possuo parente exercendo atividade funcional no Hospital Militar de Área de Brasília.

() Possuo parente exercendo atividade funcional no Hospital Militar de Área de Brasília, conforme abaixo especificado :

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Cargo/Função: _____

Em _____, ____/_____/_____.
(Local, data)

(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)