



Estado do Amazonas  
Prefeitura Municipal de Benjamin Constant  
Secretaria Municipal de Saúde



## ANEXO - X

### DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a)  
da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_ e  
do CPF nº \_\_\_\_\_ ocupante do cargo de  
\_\_\_\_\_ no Município de  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, DECLARO que:

( ) POSSUO os seguintes cargos, nos seguintes horários:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por ser expressão de verdade, firmo a presente.

Benjamin Constant/AM, de de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato