

ELEIÇÃO CEDAE SAÚDE

ANEXO III

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO NA COMISSÃO ELEITORAL

Eu, _____

identidade nº _____, expedida por _____

residente na _____

nº complemento _____, bairro _____ na cidade

_____, CEP _____, indicado pelo(a)

_____ (sigla), para fins de participação na Comissão Eleitoral da eleição

para escolher Diretores, Conselheiros e respectivos suplentes na

CEDAE SAÚDE, na condição de membro _____ (titular/suplente):

Declaro sob minha integral responsabilidade, que:

- a) Tenho com a Patrocinadora _____ vínculo funcional de, no mínimo, 04 (quatro) anos;
- b) Não ocupo cargo de Diretor em nenhuma das Patrocinadoras;
- c) Não sofri penalidade administrativa nos últimos 04 (quatro) anos em nenhuma das Patrocinadoras;



- d) Não possuo afinidade, até o companheiro (a), parentes, ainda que por segundo grau, cônjuge ou concorrendo na eleição;
- e) Não possuo demanda de conflito de interesses com a CEDAE SAÚDE.

Rio de Janeiro, de de 2021.

(Assinatura)

(CPF)