**#10**

**FOP 022.03 - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO CANDIDATO** | | | |
|  | |  | |
| **Nome da Chapa:** | | | |
| **Nome (completo e sem abreviação):** | | | |
| **Matrícula no empregador:** | **CPF:** | | **Data de Nascimento:**  **/  /** |
| **RG:** | **Órgão Emissor:** | | **Data de Emissão:**  **/  /** |
| **DECLARAÇÃO** | | | |
| I - Não possuo laços de parentesco até o terceiro grau com os membros do Conselho Deliberativo, da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal da Postal Saúde;  II - Não estou em serviço ativo na própria Postal Saúde e/ou em outra operadora de plano de saúde; e  III - Conheço e me comprometo a cumprir o Código de Ética e Normas de Conduta da Postal Saúde mesmo durante a campanha eleitoral. | | | |
| **ASSINATURA** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Local e Data    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato | | | |