**#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; eIII - 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 |