



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Eu, _____,
portador (a) do RG n. _____, e do CPF n. _____,
DECLARO não estar cumprindo sanção por inidoneidade, aplicada por
qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou
municipal.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente
DECLARAÇÃO.

Manaus/AM, _____ de _____ de 2017.

DECLARANTE