

DECLARAÇÃO DECLÍNIO/DESISTÊNCIA DA VAGA

Eu, _____ (Nome completo sem abreviações), portador do CPF: _____, RG: _____, Data de Nascimento: ____/____/____, declaro para fins de comprovação que estou voluntariamente declinando/desistindo da Vaga: _____ (Preencher o nome do cargo para o qual fez inscrição no Processo Seletivo Edital 06/2025 do Complexo Oncológico de Referência do Estado de Goiás – CORA) na presente data, estando ciente de que estou abrindo mão do direito à vaga em questão no referido Processo Seletivo, para a qual fui aprovado(a), sendo esta desistência de caráter irreversível para o mesmo.

Sem mais para o momento, firmo a presente Declaração:

ASSINATURA PELO GOV.BR

Goiânia, ____/____/____

