



Universidade Federal  
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI (UFSJ)  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
CAMPUS DOM BOSCO



**DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE CARGOS**

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a)  
da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF  
nº \_\_\_\_\_, DECLARO que:

( ) NÃO possuo acúmulo de cargos.

( ) POSSUO os seguintes cargos, nos seguintes horários:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por ser expressão de verdade, firmo a presente.

São João del-Rei, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura