



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Atenção Primária**

**ANEXO VII
TERMO DE DESISTÊNCIA (PÓS-CONVOCAÇÃO)**

Eu,.....,inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas – CPF, sob o número, Residente e domiciliado(a) à ruanº....., Bairro....., Município....., **DECLARO** junto à Secretaria Municipal Saúde de Angra dos Reis, que estou **DESISTINDO** da celebração de Contrato Temporário, mediante Processo Seletivo Simplificado realizado por este órgão.

_____, ____ de _____ de 2023.

Declarante