

DECLARAÇÃO GRUPO DE RISCO

Eu, _____(nome completo), CPF nº _____, brasileiro (a), candidato a função de Guarda Temporário Prisional no Processo Seletivo Simplificado 2020 do Departamento Penitenciário do Estado do Paraná (DEPEN/PR) **DECLARO que NÃO integro o grupo de risco disposto no Decreto nº 4.230/2020, em seu Art. 7º §2º.** Sendo assim:

- Não tenho mais de 60 anos;
- Não sou portador de doença crônica;
- Não tenho problemas respiratórios; e
- Não sou gestante/lactante (se mulher).

_____ (cidade), de _____ de 2020.

Assinatura