**ANEXO II**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 001/2024/SMS**

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO E**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E RESPONSABILIDADE**

***Nome***

***RG***

***CPF***

***Endereço***

***Telefones***

***PIS/NIS***

Venho por meio deste requerer a sua inscrição no Credenciamento n° 001/2024/SMS como instrutor(a) da oficina de:

**Cód.**

Para tanto declaro que:

* Estou ciente de que a minha possível seleção não gera direito subjetivo à minha efetiva contratação pela Secretaria Municipal de Saúde.
* Conheço e aceito, incondicionalmente, as regras do presente edital, bem como me responsabilizo por todas as informações contidas na minha proposta, caso venha a ser contratado, após apresentar a documentação exigida nos itens **6.2** do Edital de Credenciamento n.º 001/2024/SMS.
* Não possuo dívidas para com os Tesouros Nacional, Estadual e Municipal.
* Estou ciente de que, caso venha ser contratado, os pagamentos sofrerão os descontos previstos em lei.
* Declaro, para os devidos fins de direito, na qualidade de credenciando no presente procedimento de concorrência pública, Edital de Credenciamento n° 001/2024 SMS, instaurado pela Secretaria Municipal de Saúde que não fui declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em quaisquer de suas esferas.

Mirassol D’Oeste – MT, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/2024.

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

Oficineiro