**ANEXO 6**

**COMPOSIÇÃO DO GRUPO GESTOR ESTADUAL DE EQUIDADE**

Declaro e estou ciente que as pessoas listadas abaixo, fazem parte do grupo gestor de equidade, do estado do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portanto estão aptas para concorrem ao edital n° 045 de 2024, do Projeto Equidade SUS: Fortalecimento do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das trabalhadoras no âmbito do SUS, nas vagas destinadas aos grupos estaduais de equidade.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | **CPF** | **CARGO/FUNÇÃO** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |   |   |

**DECLARO** ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações acima firmadas no presente documento acarretará em cancelamento da inscrição no processo seletivo. Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

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

Assinatura com carimbo da gestora(o)

Nome legível da(o) gestora(or)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_