

Assinatura:__

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA CAPIXABA EDITAL DE ABERTURA № 001/2025



ANEXO X - AUTODECLARAÇÃO DE DOADOR DE SANGUE	
Eu, / , CPF n°, nascido	, identidade n° em/
DECLARO, nos termos da Lei Estadual nº 11.635, de 20 de junho de 2022 e para efeito de conce	essão de isenção de taxa
de inscrição no certame descrito no cabeçalho deste documento, sob as penas da lei, QUE ato	endo aos requisitos e às
condições estabelecidos no edital de abertura, QUE sou doador de sangue, QUE efetuei 3 (três)	•
(dozes) meses nas datas a saber: / / , / / e / / utilizado o referido benefício nos últimos 12 (doze), nos termos do art. 1° da Lei Estadual n° 11.	
Local / Data:	