**DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO COM ÓRGÃO PÚBLICO**

**(pessoa física)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declaro

para fins de inclusão no Programa de Estágio do Ministério Público do Estado do Acre, que não possuo vínculo direta ou indiretamente com a Administração Pública FEDERAL, ESTADUAL ou MUNICIPAL, em conformidade com inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal.

Data:

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

Assinatura