



**ANEXO VII (Pessoa Física)**

**Processo n. 001/2023**

**MODELO DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

A(O) (PROFISSIONAL), localizada(o) na(o) (ENDEREÇO COMPLETO) – (BAIRRO) – (CIDADE) – (ESTADO), devidamente inscrita(o) no CPF sob o nº (ESPECIFICAR), com vistas ao credenciamento junto ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS-GO, para a prestação de serviços de \_\_\_\_\_, declara, por meio de seu representante legal, sob as penas da lei, que não está cumprindo penalidade de inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

Localidade, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

**(Nome Interessado)**