

**DECLARAÇÃO DE NÃO IMPEDIMENTO**  
**PESSOA FÍSICA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARO**, sob pena da lei,  
perante o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, que:

( ) não ocupo cargo de confiança na gestão do SUAS em qualquer esfera federativa

( ) não incorro em qualquer impedimento legal para exercício de função de pública

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



Secretaria de  
Desenvolvimento  
Social

