



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DAS FINANÇAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Declaração de conflito de interesses

Nome: _____

U.O.: _____

Cargo/Carreira: _____

Data da admissão ou nomeação no cargo: _____

Email: _____

Declaro que não tenho qualquer tipo de conflito de interesses para o exercício das funções que me foram cometidas no Gabinete da Secretaria Regional das Finanças (GSRF).

Funchal, _____

(Assinatura)

