

(MODELO)

Colocar este modelo de Declaração em papel timbrado da Instituição

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) servidor (a)
_____, portador (a) do
CPF _____, atua nesta Unidade de Saúde como
_____, e está em pleno exercício da sua profissão.

Atenciosamente,

Responsável pela Instituição ou pelo profissional (assinatura e carimbo)

Nome da Instituição