

ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE EFETIVA PRÁTICA NA MEDICINA DO TRABALHO

Empresa (Razão Social):
Nome do Médico(a) candidato(a):
Sumário das atividades desenvolvidas:
Carga horária diária e semanal:
Tempo de atuação (entre 99/99/9999 e 99/99/9999):
Responsável legal da Empresa/Instituição (Nome legível; especificar o cargo; assinatura com firma reconhecida):
<p style="text-align: center;"><i>"Declaro, para os devidos fins, que as informações contidas na presente declaração são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, bem como as penalidades por quaisquer informações falsas"</i></p>