

ANEXO VI – TERMO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DISPOSTAS NO EDITAL

Eu, _____ CRM _____ UF _____ CPF nº _____ - _____ Telefone 1: (____) _____
_____ - Telefone 2: (____) _____ E-mail: _____, residente em _____
_____ nº _____, complemento: _____, bairro: _____, cidade _____
_____ - UF: _____ - CEP: _____ - _____, declaro que compreendi no todo o **Edital da 53ª**
Prova de Título de Especialista em Medicina do Trabalho e aceito as condições previstas no
mesmo.

Declaro a autenticidade dos documentos apresentados.

Local e data:

_____, _____ de _____ de 2.024.

Assinatura:

Assinatura conforme consta no documento oficial apresentado