



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE / GERÊNCIA DE ENSINO

SELEÇÃO PÚBLICA PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E ÁREA PROFISSIONAL EM SAÚDE– 2021

EDITAL DE ABERTURA DE INSCRIÇÕES Nº 02/2020

ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL OU ÁREA PROFISSIONAL

DECLARAÇÃO

Eu, _____ (nome completo sem abreviações), portador do documento de identidade/R.G. nº _____, órgão expedidor _____, UF _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, Categoria Profissional _____, Registro Profissional _____ declaro que:

() concluí no ano de _____ o Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional de Saúde (Nome do Programa): _____
Área de Concentração (Registrado no MEC) _____.

OU

() estou matriculado no Programa de Residência Multiprofissional/ Área Profissional de Saúde (Nome do Programa): _____ -
Área de Concentração (Registrado no MEC): _____, com previsão de término em _____.

Informo outrossim, que a minha escolha neste Edital do Programa de Residência _____ não coincide com o Programa de Residência anteriormente cursado ou em andamento.

Ao assinar esta declaração, assumo total responsabilidade legal dos termos aqui apresentados sob pena de exclusão do certame e de responder por crime contra fé pública .

Local/Data: _____, _____/_____/202____.

Assinatura do(a) candidato(a)