



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)