



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 – 2022

EDITAL DE ABERTURA DE INSCRIÇÕES Nº 02/2021

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 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.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)