

Declaração

Eu, [Seu nome completo], brasileiro(a), [Estado civil], portador(a) da Carteira de Identidade nº [Número da identidade], inscrito(a) no CPF sob o nº [Número do CPF], residente e domiciliado(a) em [Seu endereço completo], DECLARO, para fins de comprovação junto à [Nome da instituição ou local], que não possuo vínculo empregatício ou de qualquer outra natureza com outra equipe de saúde, seja ela pública ou privada, em qualquer nível de atuação (municipal, estadual ou federal).

- a. não ocupa qualquer outro cargo, função ou emprego público ou privado;
- b. ocupa o(s) seguintes cargo(s) emprego(s) público(s) ou privados;
 - b.1. Cargo: _____
 - b.2. Lotação: _____
- c. está ou não está aposentado(a) em qualquer cargo/emprego público ou privados;
- d. está ou não está em gozo de licença ou disponibilidade em cargo/emprego público ou privado.

Declaro estar ciente de que esta declaração é verdadeira e me responsabilizo pelas informações aqui prestadas, estando sujeito às sanções legais em caso de falsidade.

XXXXX - BA, [Data].

[Seu nome completo]