DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Trabalhador da saúde

Declaro para os devidos fins que

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, atua na(o) Instituição/Órgão/Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com número SCNES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Trabalhador da Saúde, desempenhando a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, que assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas neste documento.

Assinatura e carimbo do responsável técnico ou legal do(a)

Instituição/Órgão/Empresa Florianópolis, / / 202