

Governo do Distrito Federal Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



ANEXO I DECLARAÇÃO FUNCIONAL

Declaramos para os devidos fins que (nome completo), (CPF) (Cargo efetivo do profissional, ou comissionado ou contrato), Matrícula do vínculo, pertence ao Quadro de Pessoal do (nome completo da instituição de saúde/educação), desde (data de admissão), e atualmente exerce suas atividades (descrição do local de trabalho). Por ser verdade, firmamos e assinamos a presente declaração.

| Brasília | , de | de 2025 |
|---|------|---------|
| | | |
| | | |
| (NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL) | | |