

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)