

Catanduva, **XX** de **XXXXX** de 20**XX**

DECLARAÇÃO

Declaro para devido fins que o profissional _____
(Nome do profissional que não atua mais), Função _____ e CPF
_____, **NÃO ATUA** na Unidade de Saúde **xxxxxx** (nome da unidade de saúde)
e que o profissional informado abaixo **ATUA** na unidade informada:

NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO	CPF	CONSELHO DE CLASSE	DATA DE ADMISSÃO

**enviar cópia da carteira de classe junto ao ofício*

ASSINATURA

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE
CARGO

Ao Ilmo Sr.
CHEFE DA SESSÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva