

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

DECLARAÇÃO

Declaro para devido fins que o profissional _____
informado abaixo **ATUA** na Unidade de Saúde **xxxxxx** (nome da unidade de saúde).

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