

AUTODECLARAÇÃO

Eu,

_____, portador(a) do CPF nº
_____ declaro, para finalidade de comprovação de atuação, que
exerçi a função de

Agente de Combate às Endemias ()

Agente Comunitário de Saúde ()

atuando na Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),
conforme disposto na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Declaro, ainda, que a categoria profissional de Agente Comunitário de Saúde **não possui conselho profissional próprio**, razão pela qual esta autodeclaração se faz necessária para fins de comprovação de vínculo funcional, experiência profissional ou participação em atividades institucionais, acadêmicas ou formativas.

Estou ciente de que a prestação de informações falsas configura infração legal,
assumindo inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas.

Por ser verdade, firmo a presente autodeclaração.

Local e data: _____

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____