

ANEXO I

Declaração de Experiência Profissional

(Declaração em papel timbrado da empresa constando o endereço completo)

Cidade, _____

(data)

Declaração

Declaramos para os devidos fins, que o(a) Dr.(a) _____,
portador(a) do documento de identidade nº _____, CPF
nº _____ e CRM nº _____ desempenha(ou) a função como
Médico Clínico/Médico da Especialidade de Clínica Médica neste hospital/instituição no período
de XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX.

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

Assinatura do responsável pela declaração

Nome completo do responsável pela declaração

Cargo na empresa/instituição

Telefone para contato

Carimbo constando o CNPJ do hospital/instituição.