

ANEXO V – TERMO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DISPOSTAS NO EDITAL

Eu, _____ CRM _____ UF _____ CPF nº _____ - Telefone 1: (____) _____
_____ - Telefone 2: (____) _____ E-mail: _____, residente em
_____ nº _____, complemento: _____, bairro: _____,
cidade _____ - UF: _____ - CEP: _____ - _____, declaro que compreendi no todo o Edital
da 52ª Prova de Título de Especialista em Medicina do Trabalho e aceito as condições
previstas no mesmo.

Declaro a autenticidade dos documentos apresentados.

Local e data:

_____, _____ de _____ de 2.023.

Assinatura:

Assinatura conforme consta no documento oficial apresentado