

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO CURSO DE COOPERATIVISMO

Eu, _____, brasileiro(a),
médico(a), portador(a) do documento de identidade n.º _____
inscrito(a) no CPF n.º _____ e CRM/____ n.º _____, residente
e domiciliado(a) na _____,
n.º _____, _____, nesta cidade de Belém/PA, **DECLARO** ter
ciência de que, em caso de aprovação no presente Processo Seletivo para
Cooperação de Médicos – Unimed Belém – Edital de Abertura n.º ____/____,
será obrigatória a minha participação em Curso de Cooperativismo, considerado
como pré-requisito para o efetivo ingresso na Cooperativa, com obtenção de
frequência mínima de 100% (cem por cento).

Belém, ____ de _____ de 20____.

Médico (a) CRM/PA _____