ANEXO I - DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DO CURRÍCULO

Nome:
_____

R.G. nº _____ CPF nº _____

( ) Declaro possuir **PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB OU PROGRAMA DE MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, conforme preceitua a Res. nº02/2015 da CNRM, assumindo total responsabilidade jurídica (cível e penal) por esta informação.

Declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas em meu *Curriculum*, assumindo total responsabilidade jurídica (cível e penal) por qualquer informação inverídica.

_____, ____/____/_____
Local Data

_____
Assinatura do (a) candidato (a)