**DECLARAÇÃO DE INÍCIO DAS ATIVIDADES**

## Declaro para fins de comprovação de início das atividades práticas previstas no Curso de Aperfeiçoamento, do Componente de provimento e fixação de profissionais do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde , que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, categoria profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

apresentou-se no município­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sendo cadastrado na Unidade Básica de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, INE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para início das atividades no dia \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ES, de de 20\_\_\_\_\_.

Nome, setor e matrícula do declarante