# ANEXO II

# DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

INSTITUIÇÃO (Nome, endereço, CNPJ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o Edital de Chamada Pública Nº 02/2021 para Admissão de Agente Comunitário de Saúde, que o Senhor (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ portador (a) do documento de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ exerceu ou ainda exerce atividades profissionais nessa instituição, no cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme abaixo especificado:

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_\_ANOS\_\_\_\_\_\_\_\_MESES\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS.

Declaramos, sob as penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta declaração são a expressão da verdade.

Local e Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição