



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PARA O TRABALHO

Eu, _____,
RG n° _____, CPF n° _____,
_____, declaro, para os devidos fins de direito, estar
apto(a) para exercer a atividade de () Técnico de Enfermagem / () Enfermeiro, não
possuindo qualquer doença pré-existente e/ou incapacitante, física ou psíquica, que
impossibilite o regular desempenho do labor ou que coloque em risco a saúde de
terceiro.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações acima, ciente
de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da Lei.

Manaus, _____ de _____ de 2020

Assinatura do Declarante

