

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____, portador (a) da carteira de identidade nº _____ e do CPF nº _____, encontra-se em pleno gozo de sua saúde física, estando apto a realizar as atividades físicas exigidas no teste de avaliação física conforme discriminados no Edital nº 001/2019 , de 04 de setembro de 2019, do Concurso Público n.º 005/2019 da Prefeitura Municipal de Ananindeua/PA.

_____, _____ de _____ de 2019.

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____

ASSINATURA (e carimbo): _____