

DECLARAÇÃO DE TRABALHO

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____, portador(a) do RG nº _____, com registro no Conselho Regional de _____ declaro, para fins de comprovação de atividades, que exerço trabalho de função autônoma, desde ____/____/____ na área de saúde exercendo as seguintes atividades:

Goiânia ____ **de** _____ **de 2021.**

Assinatura