

Declaração

Declaramos ter ciência que o curso _____,
ocorrerá nos dias _____, das _____ às _____, no Instituto de Saúde, sito à Rua Santo
Antônio, 590 Bela Vista – São Paulo – SP.

A certificação se dará mediante a presença de 100% nas atividades.

A indicação do participante, despesas de transporte, hospedagem e alimentação são de
responsabilidade da instituição cujo participante estiver vinculado.

**Nome completo e
assinatura do
profissional inscrito**

**Nome completo e assinatura
da chefia**

