

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (4)

Nome : _____

Tipo de documento: Bilhete de Identidade de Residente da RAEM n.º _____

Outros: _____ N.º: _____

Nos termos da alínea b) do Artigo 67.º do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro, venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente, a profissão médica e correlativas.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo requerente; em caso do requerente ser pessoa colectiva, pelos administradores. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)