

### DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (3)

Nome: \_\_\_\_\_

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: \_\_\_\_\_

N.º. Licença de Ajudante Técnico de Farmácia emitida pelos Serviços de Saúde: \_\_\_\_\_

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de ajudante técnico de farmácia.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

( A presente declaração deve ser feita pelo ajudante técnico de farmácia. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais. )