



PMSJC

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE DE ESTÁGIO
(ALUNOS DE CURSOS DA SAÚDE)**

_____, SEDIADA EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP, POR SEU REPRESENTANTE DECLARA O QUE SEGUE:

_____, RG Nº _____,
CPF/MF Nº _____ REALIZA ESTÁGIO PROFISSIONAL DO CURSO DE _____
DA UNIVERSIDADE/ESCOLA _____,
DESDE ___/___/_____, EXECUTANDO SUAS ATIVIDADES ESCOLARES EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP.

O DECLARANTE E O PORTADOR DESTA DECLARAÇÃO RATIFICAM A SUA VERACIDADE E TÊM CIÊNCIA QUANTO À RESPONSABILIDADE CRIMINAL EM CASO DE FALSIDADE.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, _____ DE _____ DE 2021.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA
INSTITUIÇÃO DE ESTÁGIO OU PESSOA FÍSICA
CONTRATANTE

CARIMBO COM IDENTIFICAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL,
CNPJ E ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO DE ESTÁGIO
OU CPF E ENDEREÇO DA PESSOA FÍSICA CONTRATANTE