



Santa Casa De Misericórdia De Goiânia
Comissão De Residência Médica

Rua Campinas N° 1.135 – Setor Americano Do Brasil
CEP: 74.530 – 240 – Goiânia – GO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

EDITAL N° 2/2019

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA-GO 2020

DECLARAÇÃO DE DESEMPREGADO

Eu, _____, portador do documento de identidade nº. _____ expedido por _____, declaro, para fins de comprovação junto ao Centro de Seleção da UFG, que não exerço atividade remunerada desde ____/____/____(data). Declaro, também, estar atualmente me mantendo por meio de

Apresento, como suporte a veracidade das informações acima, duas testemunhas maiores de 18 anos, com os números de identidade, CPF e endereços completos, sob pena de .

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____ RG: _____, CPF: _____. Endereço completo, inclusive número do telefone próprio ou de recado: _____

Assinatura da testemunha

2. Nome: _____ RG: _____, CPF: _____. Endereço completo, inclusive número do telefone próprio ou de recado: _____

Assinatura da testemunha

_____, ____/____/2019
Cidade Data

Assinatura do(a) candidato(a)