



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE TEMPO PARA REALIZAR AS ATIVIDADES PREVISTAS PARA ATUAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____._____.____-____, domiciliado(a) à rua _____, nº _____ bairro _____, CEP _____-____, na cidade de _____ /PB, declaro para os devidos fins que tenho disponibilidade de tempo para realizar às atividades atribuídas ao Preceptor do Programa de Residência Médica.

João Pessoa, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)