

## Declaração – Unidade Motorizada

\_\_\_\_\_ titular do \_\_\_\_\_, emitido em/válido até \_\_\_\_\_, e da Cédula/ Carteira Profissional número \_\_\_\_\_ emitida por \_\_\_\_\_, para efeitos de instrução do procedimento de Registo junto da Entidade Reguladora da Saúde do estabelecimento prestador de cuidados de saúde móvel com intervenção em **Unidade motorizada** da entidade \_\_\_\_\_ declara aceitar a assunção da direção clínica/ responsabilidade técnica do referido estabelecimento.

Mais declara exercer funções no estabelecimento em causa desde \_\_\_\_\_, e não se encontrar em qualquer situação que impeça a assunção da Direção Clínica/ Responsabilidade Técnica do mesmo e, bem assim, conhecer os deveres inerentes à função assumida.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Diretor Clínico/ Responsável Técnico)