

Declaração – Domicílios

_____ 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 **Domicílios** 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)