

## Declaração – Cuidados Continuados

\_\_\_\_\_ 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 sito em  
\_\_\_\_\_, explorado pela  
entidade \_\_\_\_\_, declara aceitar a assunção da direção  
clínica/ responsabilidade técnica, na tipologia de **Cuidados Continuados**.

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)