

MODELO - Declaração de Consentimento de participação de cada profissional que irá compor a EMTN

À Comissão do EMTN à obra,

Eu _____, profissional da área de (medicina, nutrição, enfermagem, farmácia) _____, registrado no meu Conselho profissional (Identificar o conselho e número de registro - CRM/CRN/COFEN/CFF) _____, UF _____, atuante regulamentado na Instituição _____ (colocar o nome da Instituição), situada na cidade de _____, no Estado _____, declaro disponibilidade à participação no “EMTN à obra” com o intuito de compor uma equipe multiprofissional de terapia nutricional em minha instituição de trabalho.

(Cidade e data)

Nome Completo para assinatura (original)

Observações:

Não será aceito assinatura digital