



ANEXO I

DECLARAÇÃO DE CÓPIA AUTÊNTICA

PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL

Eu,

CRM nº _____, Matrícula Nº _____, portador do CPF
nº _____

_____, concorrente ao Edital FEPECS Nº 001/2021,
da Chamada Pública para Cadastramento no Programa de Incentivo às Residências de
Medicina de Família e Comunidade no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
Federal, declaro que todas as cópias apresentadas no ato da adesão são cópias autênticas dos
originais.

Declaro ainda, estar ciente de que na hipótese de prestar falsas informações, estarei
incurrendo

em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, ____ de _____ de 202_.

Assinatura do Residente