



DECLARAÇÃO SOB COMPROMISSO DE HONRA

Declaro sob compromisso de honra que as informações prestadas na presente candidatura são verdadeiras e que compreendo e preencho as condições previstas no Regulamento para Atribuição de Incentivos à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde de Mafra (RAIFMMGFUSM), obrigando-me a respeitá-las integralmente.

Autorizo a Câmara Municipal de Mafra, representada pelo seu Presidente, a efetuar as averiguações necessárias ao acompanhamento do processo da presente candidatura, bem como a efetuar diligências durante o período de concessão do incentivo (artigo 7.º do RAIFMMGFUSM).

Mais declaro, que tomei conhecimento da obrigatoriedade de comunicar, por escrito, à Câmara Municipal de Mafra, qualquer alteração relativa ao incentivo escolhido, no prazo máximo de 5 dias úteis após a sua ocorrência (artigo 9.º do RAIFMMGFUSM).

Mafra, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Requerente,



CAMARA MUNICIPAL DE MAFRA
Praça do Município • 2644-001 • Mafra
Telef.: 261 818 340 • Fax: 261 818 349
e-mail: dasai_dds@cm-mafra.pt
Internet: www.cm-mafra.pt

