TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, diretor/responsável legal pela instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que na lista de trabalhadores da saúde repassada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará constam somente profissionais que estão atuando diretamente na linha de frente de enfrentamento da pandemia de COVID-19. Declaro estar ciente de que a falsidade no transcrito acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas na Legislação brasileira.

Fortaleza, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: