ANEXO VI

MODELO DE ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins de comprovação de inscrição no Processo Seletivo de Pessoal para o Serviço Social Autônomo Hospital Alcides Carneiro que o Sr(a)._____, é portador (a) da deficiência _____, grau _____, nível _____. Declaro ainda, que a deficiência apresentada pelo paciente é compatível com as atribuições do cargo _____, descrita no Edital No. 001 referente ao PROCESSO DE SELEÇÃO DE PESSOAL do SEHAC.

Nome do Município, _____/_____/_____.
dia mês ano

_____
(Nome, CRM e Carimbo)

_____
Assinatura