

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE - INOVA CAPIXABA EDITAL DE ABERTURA № 001/2024



ANEXO XI – AUTODECLARAÇÃO EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Eu,
identidade n° / , CPF n°,
nascido em/, DECLARO, nos termos da Lei Estadual nº 11.691, de 04 de agosto
de 2022 e para efeito de pontuação na Prova de Títulos e Experiência Profissional , sob as penas da lei,
QUE a experiência de estágio comprovada pelo Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório e pela
cópia da Carteira de Trabalho apresentado neste Certame é a <u>única</u> experiência profissional que
possuo.
Local / Data:
Assinatura: