

ANEXO X

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO

Eu, _____(Nome do Candidato ou da Empresa)_____, participante do Processo de Credenciamento de Profissionais e Prestadores de Serviços na Área da Saúde n.º 01/2022 – FMS, do município de Urutaí, na condição de Pessoa _____(Física ou Jurídica)_____, declaro para todos os fins **QUE POSSUO DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO PARA ATUAR NA FUNÇÃO À QUAL PLEITEIO NO REFERIDO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO.**

Declaro ainda que, caso seja prestador de serviços em outra localidade, me **ADEQUAREI ÀS ROTINAS DE TRABALHO DO MUNICÍPIO DE URUTAÍ, DE FORMA TAL QUE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OFERECIDA NÃO SERÁ EM MOMENTO ALGUM PREJUDICADA** e que estou em plena concordância com a aplicação das penalidades legais cabíveis em caso de descumprimento às normas laborais estabelecidas pela(o) Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

Urutaí, ____ de _____ de _____.

Assinatura Identificável
CPF/CNPJ