



DECLARAÇÃO DE HONRA
PROGRAMA ABEM – REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO

....., portador/a do Bilhete de Identidade/Cartão Cidadão n.º....., válido até/...../....., com o n.º de identificação fiscal, declara sob compromisso de honra serem verdadeiras todas as informações constantes da candidatura ao Programa ABEM. Declara, ainda, conhecer os requisitos de acesso ao referido Programa, a cujo cumprimento integral está obrigado/a.

Maia, de de

O/A Candidato/a,

.....