

PROGRAMA ABEM – REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO

DECLARAÇÃO DE HONRA

....., portador/a do Bilhete de Identidade/Cartão Cidadão n.º....., válido até/...../....., declara sob compromisso de honra serem verdadeiras todas as informações constantes na candidatura apresentada ao Programa ABEM – Rede Solidária do Medicamento.

Declara, ainda, conhecer os requisitos de acesso ao referido Programa, a cujo cumprimento integral se encontra obrigado/a.

Maia, de de

O/A Candidato/a,

.....