

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o(a) médico(a), _____
_____, inscrito no Conselho Regional de Medicina do
Estado do Piauí sob o nº _____, é o responsável pelo PCMSO da empresa
_____, inscrita sob
o CNPJ _____, tendo iniciado essa atividade em ____/____/____.

Teresina, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Representante da Empresa

Ciente e de acordo.

Assinatura do(a) médico(a) responsável pelo - PCMSO