**Declaração**

Para os devidos efeitos e a pedido do(a) interessado(a), declaro que

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo do candidato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** exerceu funções nos Serviços Farmacêuticos do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do hospital)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a categoria de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período compreendido entre Clique aqui para introduzir uma data. e Clique aqui para introduzir uma data..

Confirmo ainda a aquisição das Competências Profissionais constantes no Capítulo IV, Artigo 11.º, ponto 2, das *Normas para Atribuição do Título de Especialista em Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos*, para efeitos da Candidatura ao Título de Especialista em Farmácia Hospitalar atribuído pela Ordem dos Farmacêuticos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director(a) dos Serviços Farmacêuticos