**Assunto:** Documento comprovativo do exercício profissional

[em conformidade com o Artigo 4º, ponto 1.a. das Normas]

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

farmacêutico(a) com a carteira profissional número \_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por este meio candidatar-me à época de avaliação 2024 para efeitos de atribuição do Título de Especialista em Farmácia Comunitária.

Declaro, para tal, que exerço a minha atividade profissional em Farmácia Comunitária nos últimos cinco anos, com o mínimo total de 9000 horas de exercício profissional efetivo, processado de forma contínua até à presente data.

Para tal, atesto que exerço a atividade profissional de farmacêutico(a) comunitário(a) na Farmácia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até à presente data.

Mais informo que exerci a atividade profissional de farmacêutico(a) na(s) Farmácia(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (respetivamente) entre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_. *[preencher e adaptar o presente parágrafo apenas se nos últimos 5 anos exerceu atividade profissional em outra(s) farmácia(s) que não a atual]*

Declaro que todas as informações são verdadeiras e que não falseei nenhum dado no âmbito da candidatura apresentada, conhecendo as punições em caso de falsificação de informação.

Aguardo deferimento, cumprimentos,

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

Assinatura do(a) candidato(a)

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

Nota: o documento deverá ser **assinado pelo candidato**.