**Anexo n.º:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assunto:** Documento comprovativo de atividades realizadas numa Instituição [em conformidade com o Artigo 4º, ponto 1.d. das Normas]

[Campo a preencher **pela Instituição/Entidade onde decorreu o programa**]

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo),

Diretor(a)/Presidente da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da instituição), venho por este meio atestar que o farmacêutico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo), executou a iniciativa intitulada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do programa/iniciativa), ocorrido nas nossas instalações, no(s) dia(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

[Assinatura] Presidente/Diretor da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo n.º:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assunto:** Documento comprovativo de atividades realizadas na Farmácia Comunitária [em conformidade com o Artigo 4º, ponto 1.d. das Normas]

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo),

Diretor(a) Técnico(a) da Farmácia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a carteira profissional número \_\_\_\_\_\_\_\_, venho por este meio atestar que o farmacêutico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo) executou as seguintes atividades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atividade / Iniciativa**  [deverá indicar o nome da iniciativa e uma breve descrição da mesma] | **Data** | **Número\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Para as atividades relativas à tabela “*VIII - Intervenção Farmacêutica Estruturada*” do formulário de candidatura, deve quantificar as intervenções realizadas, nos últimos 5 anos à data da submissão da candidatura.

Para os devidos efeitos, declaro que todas as informações são verdadeiras e que nenhum dado ou informação foi falseado no âmbito da presente declaração.

[Assinatura] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diretor Técnico da Farmácia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_