



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA

MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO COINCIDÊNCIA DE HORÁRIO
Resolução Cofen n. 727/2023

Os documentos devem ser encaminhados ao e-mail: corenrocr@gmail.com

Eu, _____,
Enfermeiro(a), inscrito no Coren-(____), sob nº de inscrição _____-ENF, venho por meio desta declarar que exerço a função de Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) na instituição _____ de _____: _____ às _____: _____ horas, nos dias _____ totalizando _____ horas semanais.

Declaro ainda que os horários acima descritos nesta empresa/instituição/organização não coincidem com quaisquer outras atividades desenvolvidas e que todas as informações acima são verídicas, sob pena do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e que tenho ciência da Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem e do Código de Ética de Enfermagem vigente.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro