
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA

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

O documento deve ser anexado no sistema Sigen:

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