



Anexo 7
Modelo de Declaração Médica
Certificado de Aptidão

Serviço de **voluntariado** da
S.C.M.Cinfães

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome do Voluntário/Paciente: _____

Funções de Voluntariado: _____

na Santa Casa da Misericórdia de Cinfães.

O indivíduo acima referido tem estado ou esteve regularmente sob o meu tratamento ou cuidados. Baseado na análise feita ao cargo de voluntário, fornecida para a posição para a qual o indivíduo está a ser considerado é minha opinião profissional, que a condição para a qual está a receber tratamento ou cuidado, não impede ou limita a segurança ou o seu desempenho satisfatório para as actividades de trabalho descritas.

Concordo em notificar a Instituição acima referida se a capacidade do paciente, enquanto estiver sob o meu tratamento ou cuidado, se alterar em qualquer aspecto que possa alterar a minha avaliação da sua competência para desempenhar a tarefa de voluntário para o qual foi nomeado.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____