

**TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O REGULAMENTO DO EXAME PARA A
OBTENÇÃO DO CERTIFICADO PROFISSIONAL EM TECNOLOGIAS DE
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (cpTICS) - EDITAL Nº 01/2017**

Eu, _____,
RG nº _____ emitido pelo(a) _____, CPF nº _____,
declaro que concordo integralmente com o Regulamento do Exame para a Obtenção do
Certificado Profissional em Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde
(cpTICS), publicado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) em seu
Edital Público nº 01/2017.

_____, ____ de _____ de _____.
LOCAL E DATA

ASSINATURA

sbis