**FICHA CADASTRAL E DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E ACEITE**

EU, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.G. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P.F Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE À:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMPL.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BAIRRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FONE PARA CONTATO: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEL.: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_REC.: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

candidato(a) ao PROGRAMA BOLSA DO POVO - ACOLHE SAÚDE, nos termos da Resolução SS-145, de 17 de setembro de 2021, que instituiu o Programa Acolhe Saúde no âmbito das unidades de saúde pertencentes à Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, proponho-me a dedicar 20 (vinte) horas semanais de atividades de apoio operacional e apoio administrativo à assistência, com total respeito e cumprimento dos princípios que regem à Administração Pública e as diretrizes Institucionais, guardando sigilo e confidencialidade de documentos, dados e/ou informações pessoais que por ventura eu venha a ter contato em razão da atividade desenvolvida, de modo a garantir/preservar a confiança dos usuários na Instituição de Saúde.

**DECLARO AINDA QUE**:

**( )** Estou em boas condições de saúde.

**( )** Estou ciente dos riscos associados à atuação em Unidades de Saúde.

**( )** Não estou no último ano do meu curso.

**( )** Tenho renda mensal familiar per capita de até meio salário mínimo.

**( )** Estou desempregado há 3 meses ou mais.

**SOMENTE CANDIDATA DO SEXO FEMININO:**

Está gestante? **( )** sim **( )** não

Está amamentando criança com menos de 1 (um) ano de idade? **( )** sim **( )** não

**( )** Em caso de adesão ao programa e caso eu venha a ficar gestante, estou ciente e de acordo em ser afastada do

 Programa Bolsa do Povo - Acolhe Saúde, bem como quanto a suspensão do benefício durante o período

 de afastamento.

Declaro sob a pena da Lei, que assumo toda responsabilidade pela veracidade das informações supra prestadas.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

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

Assinatura do(a) candidato(a) ao Programa Acolhe Saúde

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RESERVADO AOS GESTORES DO PROGRAMA ACOLHE SAÚDE:**

**( )** Esta ADESÃO DAR-SE-Á, em virtude do candidato acima identificado cumprir com os critérios de elegibilidade

 estabelecidos ao Programa Acolhe Saúde.

**( )** Esta ADESÃO FICA IMPEDIDA, em virtude do candidato acima identificado não cumprir com os critérios de

 elegibilidade estabelecidos ao Programa Acolhe Saúde.

Observação/Justificativa (em caso de não adesão): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Nome legível do gestor do Programa Acolhe Saúde da Unidade de Saúde

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

Assinatura do gestor do Programa Acolhe Saúde da Unidade de Saúde