

---

## DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(Artigo 5.º do Estatuto da ASSOCIRA)

### I. IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE (MEMBRO EFECTIVO DA ASSOCIRA)

---

Nome Completo

---

N.º de Membro ASSOCIRA

Categoria

Especialidade

---

Instituição

---

Contacto (e-mail / telefone)

---

### II. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

---

Nome Completo do Candidato

---

Especialidade Cirúrgica

Instituição

---

### III. DECLARAÇÃO

---

Eu, abaixo assinado, membro efectivo da Associação dos Cirurgiões de Angola (ASSOCIRA), no pleno gozo dos meus direitos associativos, declaro, para os efeitos previstos no Artigo 5.º do Estatuto da ASSOCIRA, que:

1. Conheço pessoal e profissionalmente o/a candidato/a acima identificado/a há \_\_\_\_\_ anos.
2. Atesto que o/a candidato/a é pessoa de reconhecida idoneidade moral, ética e profissional, estando apto/a a integrar a ASSOCIRA como associado/a.
3. Confirmo que o/a candidato/a possui formação e actividade cirúrgica compatíveis com a categoria de inscrição solicitada.
4. Não tenho conhecimento de qualquer situação que constitua impedimento à admissão do/a candidato/a, nos termos do Estatuto e do Código de Ética da ASSOCIRA.

Declaro ainda que a presente declaração é prestada com plena consciência das responsabilidades que dela decorrem, nomeadamente as previstas no regime disciplinar do Estatuto da ASSOCIRA.

Luanda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
20\_\_\_\_

Assinatura do Declarante (membro efectivo ASSOCIRA)

**Nota:** Esta declaração é válida por **90 dias** a contar da data de assinatura. Deve ser entregue em original, conjuntamente com os restantes documentos da candidatura. | **ASSOCIRA** · secretaria@associra.org · +244 222 000 000