

DECLARAÇÃO

Declaro que, aprovado(a) no processo seletivo nº 001/2024, como condição de permanência na Cooperativa, como cooperado, concordo em realizar atendimento em minha Especialidade/Área de atuação, nos serviços próprios da UNIMED Santa Bárbara D´Oeste e Americana, quando solicitado, conforme condições previstas na legislação interna da Cooperativa, por um período mínimo de 15 (quinze) anos, cooperando em benefício dos seus objetivos econômicos e sociais. A solicitação de saída se dará pela idade mínima de 60 (sessenta) anos, desde que já cumpridos 15 (quinze) anos.

Ainda, estou ciente de que:

a) O tempo inicial do período acima citado se dará a partir do ingresso efetivo na escala de plantão ou disponibilidade;

b) A participação na escala de plantão (in loco) ou de disponibilidade (que pode variar conforme especialidade ou área de atuação), segue a necessidade do recurso próprio, desta forma é um dever, mas não um direito imediato, ou seja, caso a escala esteja completa, não haverá atendimento ao pleito de participação na mesma pelo ingresso na cooperativa. O cooperado que já participa da escala de plantão/disponibilidade goza da prerrogativa de fazer a mudança de seu dia antes da entrada de um novo cooperado se assim o desejar;

c) A não observância do requisito de permanência ensejará a minha exclusão da cooperativa, a qualquer tempo, enquanto não alcançado o período de 15 (quinze) anos com 60 (sessenta) anos de idade;

d) O cooperado poderá deixar a escala de plantão/disponibilidade antes do tempo caso haja mais cooperados interessados em participar, e o cooperado que está na escala prefira ceder seu lugar. Caso haja necessidade antes do cumprimento do tempo especificado acima (solicitação de saída de cooperado ou exclusão de cooperado que o substituiu na escala), fica o mesmo obrigado a cumprir o restante do tempo necessário;

e) Existem especialidade que não necessitam de participar de escala de plantão ou de disponibilidade.

Santa Bárbara d`Oeste , \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Nome do Candidato:

Especialidade/Área de Atuação:

Assinatura Candidato (Iguar documento de identidade encaminhado com a documentação):