**Declaração**

**Compromisso de Honra**

**Sócio/Gerente/Director/Presidente/Reitor**, representante da **Nome da Entidade**,com sede na **morada completa**,sob o número de identificação de pessoa colectiva **NIPC**, declara para os devidos efeitos que conhece e que se compromete a cumprir na integra as disposições constantes no Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas da Ordem dos Enfermeiros, actualmente em vigor.

**Localidade**, **Data**.

O/A Declarante

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

**Cargo**