



Termo de Responsabilidade

Eu, _____, Matrícula Siape _____, servidor(a) do _____ em exercício no _____ venho por meio deste Termo declarar minha recusa em submeter-me aos procedimentos necessários à realização do exame médico periódico, no ano de _____, estando ciente de que poderei reconsiderar minha decisão no prazo de até 30 dias decorridos da data de emissão deste Termo.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor Declarante

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Declaro que o servidor acima citado recusa-se a participar do programa de exame médico periódico, bem como a assinar o presente termo de responsabilidade.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Testemunha

Assinatura Testemunha