

TERMO DE RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

MAGISTRADO

SERVIDOR

LOTAÇÃO:

DECLARAÇÃO

Declaro minha recusa em submeter-me aos procedimentos necessários à realização dos exames periódicos de saúde relativos ao ano de _____.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MAGISTRADO/SERVIDOR

CERTIFICAÇÃO PELA ÁREA MÉDICA

Certifico que o magistrado/servidor _____, matrícula _____, recusa-se a participar do programa de exames periódicos de saúde relativos ao ano de _____, bem como a assinar o presente termo de responsabilidade.

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DA DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL