



## 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