



DECLARAÇÃO PARA FINS DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Eu, _____,
matrícula nº _____, declaro, perante a Junta Médica Oficial do Município de Palmas, sob pena de responsabilidade legal, para fins de concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família, ser a única pessoa capaz de prestar assistência direta ao(à) meu(minha) – parentesco _____.

Nome do familiar acompanhado, _____
_____.

Nos termos do art. 93, da Lei nº 008, de 16 de novembro de 1999. Declaro, ainda, que não há possibilidade de prestar assistência direta ao parente familiar em referência, simultaneamente com o exercício das atribuições do meu cargo.

Palmas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO SERVIDOR(A)