



TERMO DE RESPONSABILIDADE

_____, Matrícula
Siape _____, servidor (a) da Universidade Federal Rural de Pernambuco –
UFRPE, lotado (a) no (a) _____, vem por meio deste
Termo declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização
do exame periódico, no ano de _____, estando ciente de que poderá reconsiderar
sua decisão no prazo de até 30 dias decorridos da data de assinatura deste Termo.

_____, ____ de _____ de _____.
Local e data

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 _____.
Local e data

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Testemunha

Assinatura da testemunha