

**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA**  
**Pró-reitoria de Gestão de Pessoas**  
**Departamento de Promoção e Vigilância à Saúde**  
**Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador - SAST**

## Termo de Responsabilidade

Eu, \_\_\_\_\_, Siape \_\_\_\_\_,  
servidor(a) lotado na (o) \_\_\_\_\_ venho por  
meio deste termo declarar minha recusa em submeter-me aos procedimentos  
necessários à realização do exame médico periódico, no ano de \_\_\_\_\_.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do setor

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.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do setor

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha