

## AUTO DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_

I.F. \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Declaro ser portador de:

(\_\_\_) Doença Crônica – Especificar: \_\_\_\_\_

(\_\_\_) Doença Imunossuprimida - Especificar: \_\_\_\_\_

Estou ciente que é de minha responsabilidade ou da minha chefia imediata ou mediata enviar no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, a partir do comunicado oficial divulgado através do e-mail corporativo ou do meu afastamento, para o e-mail GSS.SERVMED@SANTOANDRE.SP.GOV.BR, o relatório do médico assistente com data, carimbo e assinatura médica acompanhado de documentação (receita, laudos de exames entre outros) emitidos recentemente em 2020, a fim de comprovar esta declaração.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

---

Assinatura do Servidor

Telefone do servidor: \_\_\_\_\_

E-mail do servidor: \_\_\_\_\_