



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES
Secretaria Municipal da Administração e Fazenda
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS

ANEXO XI

DECLARAÇÃO TRATAMENTO PSIQUIATRICO

Eu, _____,
portador (a) do RG nº _____, CPF Nº _____,

declaro que:

- () Não realizei e não estou realizando tratamento psiquiátrico.
() Realizei e/ou estou realizando tratamento psiquiátrico.

Em caso afirmativo apresento parecer do médico Psiquiatra assistente.

Lages, ____/____/____.

Assinatura do Servidor