



**DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
(ANEXO VII)**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
NOME:	
RG:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	

Declaro, para os devidos fins, que:

- () **NÃO REALIZEI** e **NÃO ESTOU** realizando tratamento psiquiátrico.
- () **REALIZEI** tratamento psiquiátrico, mas não estou realizando atualmente.
- () **ESTOU** realizando tratamento psiquiátrico atualmente (anexo o parecer do médico psiquiatra).
- () **REALIZEI** tratamento psiquiátrico anteriormente e **ESTOU** realizando atualmente (anexo o parecer do médico psiquiatra).

Declaro, ainda, estar ciente de que a omissão ou falsidade de informações nesta declaração poderá acarretar sanções administrativas, cíveis e penais previstas em lei.

Lages, ____/____/____.

ASSINATURA DO SERVIDOR