



DECLARAÇÃO DE NÃO INTERESSE EM TRATAMENTO

Eu, _____

Matrícula _____, declaro que não tenho interesse em realizar acompanhamento e / ou tratamento de saúde, conforme proposta apresentada pelo profissional da Coordenadoria Setorial de Saúde e Segurança do Trabalho.

Por estar ciente desta minha decisão, assumo qualquer responsabilidade que ocorra à partir deste momento.

Campinas, _____ de _____ de _____ .

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA DO PROFISSIONAL