

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome completo: _____ Matrícula: _____

Cargo/Função Atual: _____

Cargo/Função Gratificada: () SIM () NÃO

Cargo na Admissão: _____

Setor Atual: _____

Eu, identificado(a) acima, declaro, para fins administrativos e de acompanhamento das condições relacionadas ao exercício das minhas atividades profissionais, que as informações abaixo correspondem à minha situação atual, prestadas de forma consciente e de boa-fé.

Doença Crônica () SIM () NÃO

Doença Imunossuprimida () SIM () NÃO

Caso considere necessário, especifique a doença, sem a obrigatoriedade de detalhar diagnóstico médico: _____

Este formulário foi elaborado para fins administrativos e de acompanhamento ocupacional, preservando a privacidade dos dados de saúde. Esta declaração não substitui o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), a avaliação médica ou qualquer outro documento exigido pela legislação aplicável.

Declaro estar ciente que a documentação, avaliação médica a doença supracitada, bem como laudos médicos e atestados médicos com CID, serão solicitados em consulta clínica junto ao médico do trabalho, a fim de comprovar esta declaração.

Sorocaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura funcionário (a)