**DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

**(ANEXO IX)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | |
| **NOME:** | |
| **RG:** | **CPF:** |
| **CARGO:** | |

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**