



TERMO DE RESPONSABILIDADE: INTERRUÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

Eu, (nome),
matrícula Siape nº, ocupante do cargo efetivo de,
lotado no(a) (especificar qual câmpus ou retoria), venho por meio deste
manifestar interesse em retornar às minhas atividades a partir de / /, por já ter
apresentado melhora no meu quadro clínico. Responsabilizo-me por quaisquer intercorrências
advindas deste ato.

Local e data: / /

.....
Beneficiário / SIAPE