**<<TIMBRE DA UNIDADE DE ENSINO>>**

**DECLARAÇÃO**

 A <<NOME DA UNIDADE>> do Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, para fins de requerimento de auxílio-doença junto ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, declara que o(a) Sr.(a) <<NOME DO(A) EMPREGADO(A)>>, inscrito(a) no CPF sob o nº <<número do CPF>>, empregado(a) lotado(a) nesta Unidade de Ensino, foram apresentados afastamentos médicos conforme abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| Ocorrência | Período |
| Quantidade de dias <nº de dias> – Cid <Cids> | \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Quantidade de dias <nº de dias> – Cid <Cids> | \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Quantidade de dias <nº de dias> – Cid <Cids> | \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

 Informamos, ainda, que o último dia trabalhado é \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

 Atenciosamente,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Diretor de Serviço – Área Administrativa

Ciente em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (assinatura do empregado)