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

**DECLARAÇÃO AO INSS**

Ao

Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

A <<Nome da Unidade>> do Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, para fins de requerimento de Auxílio Por Incapacidade Temporária (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, apresentou afastamento(s) médico(s) 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 foi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Atenciosamente,

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

Assinatura do Diretor de Serviço – Área Administrativa

\* Excluir as linhas excedentes no quadro acima ou acrescentar novas linhas, de acordo com o necessário.