



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

**TERMO DE DECLARAÇÃO  
CANDIDATO A SEGUNDA MATRÍCULA**

Eu, (nome) \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, candidato a segunda matrícula na Secretaria de Saúde do  
Distrito Federal (SES/DF) no cargo de \_\_\_\_\_, declaro que na minha primeira  
matrícula (número) \_\_\_\_\_, no cargo de \_\_\_\_\_, sob  
pena de sanções legais por omissão de informação no exame ocupacional admissional, não possuo  
nos meus assentamentos funcionais:

- Restrições laborais vigentes;
- Readaptação funcional temporária ou definitiva vigente;
- Gozo vigente de licença para tratamento de saúde (LTS).

Brasília, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_