



ANEXO I - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DE FAMILIAR

Eu, _____,
matrícula nº _____, cargo _____ lotado no setor de _____
DECLARO para os devidos fins e sob as penas da lei que,
acompanharei o tratamento de meu familiar Sr (a). _____,
grau de parentesco _____ pelo período de ____/____/____ a ____/____/____,
por **ser indispensável e insubstituível**.

Declaro ainda estar ciente que tal situação está sujeita a fiscalização da Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul e que fico responsável pela comunicação de fato que cesse o afastamento, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de ser necessário o acompanhamento por tempo inferior à indicada nesta declaração.

A presente declaração, juntamente com os comprovantes existentes, está em conformidade com o disposto no artigo 18º do Regulamento de Pessoal da Fundação, e Circular nº 02/2023.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta por regulamento ou lei.

_____, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO (A) EMPREGADO (A)