

**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA PENAL
ESCOLA DE FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO PENITENCIÁRIO**

TERMO DE RECUSA DE ENCAMINHAMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Eu _____ RG: _____

RECUSO atendimento médico especializado a mim oferecido no dia
____/____/____ durante a realização do Curso _____, período
____/____/____ a ____/____/____ pelo motivo que segue (descrever a justificativa):

E declaro que estou ciente que recebi as informações sobre abertura de CAT visto agravamento da ocorrência.

Cidade, ____/____/202____.

Assinatura legível do (a) servidor (a)

Testemunha 1: _____

Aluno (nome legível)

Testemunha 2: _____

Instrutor Chefe (nome legível)