



**ESTADO DO TOCANTINS
PODER LEGISLATIVO**

DECLARAÇÃO

Declaro, perante a Junta Médica Oficial do Estado do Tocantins, sob pena de responsabilidade legal, para fins de concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, ser a única pessoa capaz de prestar assistência direta ao meu (minha) _____, nos termos do art. 95, § 1º, da Lei nº 1.818, de 23 de agosto de 2007.

Declaro, ainda, que não há possibilidade de prestar assistência direta ao ente familiar em referência, simultaneamente com o exercício das atribuições do meu cargo.

_____, aos ____ de _____ de _____.

Nome _____ Matrícula _____

Assinatura