



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO **XX** REGIÃO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA PARA EXAMES PERIÓDICOS DE SAÚDE (EPS)

Nome: _____

Matrícula: _____

[] Declaro que na(s) data(s) _____ / ____ / 2024 ausentei-me do trabalho, mediante acordo com a minha chefia imediata, para realização do Exame Periódico de Saúde – 2024.

[] Optei por participar do Exame Periódico de Saúde – 2024 e não me ausentar do trabalho.

_____, ____ / ____ / ____.

Assinatura do(a) servidor(a) ou membro(a)



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO **XX** REGIÃO