|  |  |
| --- | --- |
|  | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  **SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**  **DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO SÃO JOÃO DA BOA VISTA** |

**DECLARAÇÃO**

Declaro que, para fins de publicação de Licença Saúde sem perícia, o abaixo especificado está de acordo com os termos do Artigo 17 do Decreto n° 69.234/2024:

Nome do interessado:

RG:

Cargo/Função:

Quantidade de dias:

Período da licença: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Cidade, ­­­­\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.O.E \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_