



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PARA O TRABALHO

Eu, _____, RG
n° _____, CPF n° _____, declaro,
para os devidos fins de direito, estar apto(a) para exercer a atividade de
_____, não possuindo qualquer
doença pré-existente e/ou incapacitante, física ou psíquica, que impossibilite o regular
desempenho do labor ou que coloque em risco a saúde de terceiro.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações acima, ciente de que, se falsa a
declaração, ficarei sujeito às penas da Lei.

Manaus, _____ de _____ de 2023

Assinatura do Declarante