



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO RURAL
AGÊNCIA DE DEFESA E INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA



AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto no Decreto nº _____ e no Plano para retomada responsável e gradual das atividades presenciais nos órgãos do Governo do Estado do Amapá, que sou portador de doença pré-existente crônica ou grave - _____, razão pela qual, solicito minha inclusão na escala de teletrabalho e/ou home office da secretaria/Órgão _____, a partir desta data, pelo período que perdurar o estado de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em lei.
Macapá-AP, ____ de _____ de 2020.

DECLARANTE