



**IASPI**  
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS  
SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO PIAUÍ

### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_

CPF Nº \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins sob pena de Lei, que:

Não sou portador de doença(s) traumáticas(s) e/ou outra doença qualquer.

Sou portador de: \_\_\_\_\_

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_