Relato de testemunha de acidente de trabalho

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

O servidor deverá apresentar este documento preenchido pela testemunha (caso houver), juntamente com cópia da Identidade no dia da inspeção médica.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis, de acordo com o art. 342 do Código Penal.

Cariacica, ___/___/___ Assinatura: _____