



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
Subsecretaria de Gestão de Pessoas
Unidade Regional de Gestão de Pessoas

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF, _____,

declaro sob as penas da lei que não me encontro em Licença para Tratamento de Saúde, Licença Gestante ou com Limitação de atividades, e que estou apto(a) a firmar contrato temporário para docência com a SEEDF.

_____, _____ DE _____ DE 2021.

ASSINATURA DO(A) PROFESSOR(A) SUBSTITUTO(A)