



**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 \_\_\_\_\_.

---

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