

ANEXO VII - TESTE DE AVALIAÇÃO FÍSICA (TAF)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, (nome completo), portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, emitida pelo(a) _____, (órgão expedidor) e CPF nº _____, residente na _____ (endereço completo), no município de _____, DECLARO, para fins de concessão de realização do Teste de Avaliação Física – TAF do Processo Seletivo Privado nº 002/2024 do Órgão de Gestão de Mão de Obra do Trabalho Portuário do Porto Organizado de Santos – OGMO/SANTOS - CATEGORIA CAPATAZIA/SINDOGEESP, que estou ciente que a documentação entregue referente ao laudo médico solicitado no edital de abertura é verídico e não sofreu alterações e nem falsificações, bem como, ratifico expressamente através deste termo, responsabilizar-me pela minha saúde, logo estando apto para praticar esforço físico na data de realização do exame.

Local / Data:

X

Assinatura do candidato(a)

CPF: