

**ANEXO I - OI 005/GCM/2019**

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE/COMPROMISSO**

<i>Declarante:</i>		
<i>RG:</i>	<i>CPF:</i>	<i>Guarda Civil Metropolitano</i>
<i>Nacionalidade</i>	<i>Est Civil</i>	<i>Natural de</i>
<i>End.</i>		
	<i>Nº</i>	<i>Compl.</i>
<i>Bairro:</i>	<i>Cid:</i>	<i>CEP:</i>

Na condição de Declarante retro qualificado, como Readaptado Funcional com Porte de Arma, conforme laudo expedido pelo Perito Médico da Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS da Secretaria de Gestão do Município de São Paulo, o qual não restringe o porte de arma funcional, venho de forma voluntária requerer ao meu Chefe Imediato que passe a exercer a função de Sentinela da Unidade, na conformidade dos mandos da ORDEM INTERNA Nº 005/GCM/2019, e assumo inteira responsabilidade pelo meu estado de saúde, sendo que possuo plenas condições de exercer esta função, sem prejuízo da minha condição física.

Ass. \_\_\_\_\_

Nome:

Cargo:

R.F.