



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## - DECLARAÇÃO -

NOME:

RG Nº

Órgão expedidor:

END.:

Fone:

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS.**

**CAMPUS** \_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_

**ÁREA:** \_\_\_\_\_

Pelo presente abaixo assinado DECLARA, que:

(  ) **ACEITA** assumir suas funções junto ao órgão indicado.

(  ) **DESISTE** de sua contratação por motivo(s)

Palmas \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato