

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE - AUXÍLIO-SAÚDE MENTAL

Edital de Seleção Unificada para Auxílios Estudantis no âmbito da Universidade do Distrito Federal Professor Jorge Amaury Maia Nunes-UnDF.

Eu, _____, profissional da área de _____, declaro para fins de comprovação semestral do Auxílio-Saúde Mental concedido pela UnDF, que o paciente _____ (esteve/ou está) _____ em acompanhamento e/ou tratamento neurológico, psicológico e/ou psiquiátrico no período de ____/____/____ até ____/____/____. Por ser verdade, firmo o presente.

Brasília, _____ de _____ de 2025.

Carimbo e assinatura do profissional