

**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**SECRETARIA-GERAL**

**SECRETARIA DE PESSOAL, SAÚDE, DESPORTO E PROJETOS SOCIAIS**

**HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

**PROGRAMA DE INCENTIVO AO VOLUNTARIADO NO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

**ANEXO - F**

**TERMO DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE INCENTIVO AO VOLUNTARIADO**

Eu, ( título/posto ) ( nome completo ), ciente das condições de prestação de atividade voluntária discriminadas na Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, a Lei nº 3.297, de 16 de junho de 2016, bem como das normas próprias do HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS que regem essa atividade, especificamente a Instrução Normativa nº 1, de 12 de abril de 2023, solicito meu desligamento do Programa de Incentivo ao Voluntariado junto ao HFA, atestando não ter desempenhado atividade remunerada e tampouco gerado vínculo empregatício nem funcional, assim como quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.

Declaro ainda ter atuado como Voluntário (a), conforme Termo de Adesão ao Programa de Incentivo ao Voluntariado assinado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, válido até a presente data. Deste modo, assumo inteira responsabilidade pelas informações declaradas e atesto sua veracidade.

Brasília, DF\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOME E ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO)