

Anexo 7

Requerimento de Perícia Para Avaliação da Necessidade de Horário Especial Para Servidor com Deficiência

Cód. CONARQ - 024.91	Cód.: 007	ANO: 17	Versão: 01	Data: 08/09/2017
----------------------	-----------	---------	------------	------------------

À Direção Geral de Gestão de Pessoas:

Nome: _____

SIAPE: _____ Campus/Função: _____

Telefone para contato: _____

Justificativa:

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente