

Anexo 8

Requerimento de Perícia para Avaliação da Necessidade de Horário Especial para Servidor com Familiar ou Dependente com Deficiência

Cód. CONARQ - 024.91	Cód.: 008	ANO: 17	Versão: 01	Data: 08/09/2017
----------------------	-----------	---------	------------	------------------

À Direção Geral de Gestão de Pessoas:

Nome: _____

SIAPE: _____ Campus/Setor: _____

Telefone para contato: _____

Nome do familiar: _____

Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: _____

Justificativa:

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente