FORMULÁRIO 115- REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR COM DEFICIÊNCIA OU FAMILIAR COM DEFICIÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)		
Nome:		
Cargo:		Mat. SIAPE:
Lotação:		
Endereço:		
Telefones: Residencial:	Comercial:	Celular:
Email:		

2. REQUERIMENTO

Venho por meio deste, requerer horário especial, nos termos do art. 98 da lei federal 8.112/90, em razão de:

a) ( )Deficiência do próprio servidor
b) ( ) Possuir familiar deficiente I ( ) Cônjuge II ( ) Filho III ( ) Outros

Declaro que estou ciente que para homologação do horário especial está condicionada a comprovação da deficiência declarada por Junta Médica Oficial, com a presença do servidor e do familiar com deficiência.

Declaro, também, que meus dependentes estão todos cadastrados em meus assentamentos funcionais no sistema SIAPE como dependente.

Local e data: _____

_____
Assinatura do servidor

Ciência da chefia:
Declaro que estou ciente da solicitação do servidor.

Local e data: _____

_____
Assinatura e carimbo da chefia imediata

Anexar Atestado Médico original, informando a Classificação Internacional de Doenças/CID e a data de diagnóstico, Exames Complementares e documentos de profissionais de saúde que comprovem terapias complementares (caso haja).